진단서 등 작성·교부 지침

How to Write and Issue Medical Certificates

2015. 3.

발 간 사

추무진
대한의사협회장

현대 사회는 인터넷의 발달과 정보의 공유에 따라 의사라는 직업에 대한 일방적인 믿음보다는 국민들이 질병과 건강정보에 대해 스스로 찾아보고 이해하려고 합니다. 이에 따라 의사들도 함께 더 나은 방향으로 발전하기 위해 노력하지 않으면 안 되는 현실이 되었습니다.

사회가 고도화·세분화 됨에 따라 각종 서식이 증가하여 우리 의사의 본분인 사람의 고귀한 생명과 건강을 보전·향상하는 일을 탐구하고 실천함에 있어 많은 제도에 의해 제한을 받고 있으며, 의사로서의 직무수행도 행정력의 겸비 없이는 어려워졌습니다. 특히 개원의 등 다수의 회원은 세금 등 각종 서식과 수치를 직접 다루어야 하는 실정입니다. 의료정책연구소의 세무·노무 가이드북은 물론이고, 본 「진단서 등 작성·교부 지침」 역시 이러한 실정에 처한 회원들에게 보탬이 되기 위해 만들어졌습니다.

진단서 발급은 순수한 의료행위임과 동시에 피해자, 가해자의 이권이 개입되는 일입니다. 특히 경찰에서는 사고처리시 상해의 경중보다 단순히 진단기간에 관심을 갖는 경향으로 인해 늘 민원발생의 소지가 있습니다. 따라서 의사는 환자의 진료 외에도 진단서 등의 중요성을 인식하고 바르게 교부하여 진료과정에서 피해가 발생하지 않도록 해야 할 것입니다.

이에 지난 2003년 만들었던 〈진단서 작성지침〉을 바탕으로 의료정책연구소 연구사업의 일환으로 「진단서 등 작성·교부 지침서」 를 새로이 마련하게 되었습니다. 회원님들께 본 지침서가 큰 도움이 되었으면 합니다.

끝으로 지침서 작성을 위해 수고해주신 이윤성 교수님을 비롯한 연구진의 노고에 깊은 감사를 드리며, 본 지침서가 회원 여러분의 진료활동에 유용하게 활용되길 기대합니다. 감사합니다.

2015. 03.

서 문

이윤성
서울대학교 의과대학 교수

의사는 법률행위와는 거리가 멀다고 생각합니다. 의사들도 최근에 법률에 관심이 많아졌습니다만, 애초부터 의료행위와 관련하여 가장 흔한 법률행위가 진단서 작성과 교부입니다.

진단서는 의사가 사람의 생명-죽음과 건강-상병에 관하여 의학적으로 판단하여 작성한 문서입니다. 의사가 환자를 진료할 때에는 환자-의사 관계이지만 진단서를 작성할 때에는 감정인-피감정인이 됩니다. 온정적으로 대하던 환자를 갑자기 피감정인으로 간주하기는 어렵습니다. 정이 많은 우리나라 사람들에게는 무척 어렵습니다. 실제로 진단서 관련된 분쟁이 다른 나라보다 많다고도 합니다. 진단서는 환자의 권리를 지키기 위한 도구지만 다른 한편은 그로 인하여 불이익을 보는 사람이나 집단이 있을 수 있습니다. 당연히 진단서는 공정하고 근거를 갖추어야 합니다. 무엇보다도 진정성을 바탕으로 작성해야 합니다.

대한의사협회는 1996년과 2003년에 진단서 작성 지침을 마련하여 회원들이 쉽게 사용할 수 있도록 하였습니다. 그동안 사회 여러 분야가 변하였고 진단서 서식이 바뀌기도 하였으므로 새로 지침을 마련하였습니다. 의료 현장에 있는 회원님들에게 도움이 되기를 기대합니다.

2015. 03.

요 약 문

진단서는 의사가 사람의 신체를 검사하여 생명이나 몸과 마음의 건강 상태에 관하여 의학적으로 판단한 증명서다. 사회가 발달하면서 사회생활에서 생명이나 몸과 마음의 상태는 각종 법적 권익과 밀접한 관계가 있다.

이처럼 의사가 자신의 지식과 경험을 바탕으로 검사 결과를 근거로 판단한 각종 증명서는 진실성을 근본으로 삼아 사회의 신뢰를 받는 증명서다. 의사는 진료하는 환자에게 온정적인 태도를 가져야 한다. 그러나 진단서를 교부하는 일은 진료 본연의 업무라기보다는 법률적인 행위이므로 감정인으로서 판단하여야 한다.

의료 현장에서는 규정이나 서식에서 드러난 모호함이나 애매함, 의료인들이 자칫 저지르기 쉬운 착오 그리고 극히 일부의 허위진단서 사건에 드러난 불법행위 때문에 잘못 작성되고 교부된 진단서 등을 볼 수 있다. 이미 대한의사협회는 1996년과 2003년 두 번에 걸쳐 진단서 작성 지침을 발간한 적이 있으나, 그동안 서식의 변화나 법률 해석의 진화 등을 제때에 고려하지 못하였다. 이에 새로 진단서 등의 작성 방법과 교부 절차 등에 대해 고찰하였다.

우리나라 법률에는 모두 200개가 넘는 법규에서 의사의 판단을 요구한다. 이들을 모두 별도로 다루기는 어렵고 또 진단서 등의 작성과 교부의 원칙은 진실성뿐이므로 주요 진단서 등을 선택하여 자세하게 설명하였다.

우선 진단서 작성과 교부에 수반되는 일반적인 원칙과 적용되는 법률 등을 총론에서 설명하였다. 특히 최근 사회적인 문제가 된 허위진단서의 개념에 대해서 상세하게 문헌을 정리하고 해석하였다.

각론에서는 가장 흔히 교부하는 (일반)진단서와 사회적으로 가장 문제가 되는 상해진단서, 2011년에 서식이 변경된 사망진단서를 중심으로 각 서식의 항목이 가진 의미와 해석을 달았다. 그 외에도 출생증명서, 사산(사태)증명서, 소견서, 감정서 등의 작성 방법을 상세하게 설명하였다.

앞으로 해야 할 사업으로는

① 상해진단서의 치료기간 작성 기준 등은 앞으로 각 과목의 전문의로 하여금 기왕의 기준을 그대로 쓸지 아니면 개정할지 등의 논의를 하도록 할 일이다. 조만간 상해진단서를 폐기한다면 모를까 어차피 사용해야 한다면 치료기간을 정할 수 있는 기준은 필요하다. 기왕의 기준을 쓰더라도, 전문과마다 차이가 있는 표의 형태와 용어를 통일하고, 전문과목별 분류가 아닌 해부학적 또는 질병분류번호별 분류를 고려해야 한다.

② 사망진단서에 관하여는 사례를 수집하여 대표적인 예와 까다롭거나 여러 가지 상황을 고려할 예를 고루 제시할 필요가 있다. 복잡한 이론보다는 명백한 사례가 더 교육적이다.

③ 사회적 필요에 따라 의사에게 다양한 증명서를 요구하게 된다. 예를 들어 실손의료비 등과 관련하여 현재 각 보험사, 전자차트업체 등에서 임의로 서식을 만들어 내었고 여러 가지 서식을 마구 사용하는 상태다. 조속히 서식을 정비해야 하며 이를 위해서는 정부와 함께 적극적으로 기준이나 절차, 서식을 제정하여야 한다.

목 차

표 목 차

총　론

1. 서론

가. 진단서란?

의사가 하는 일 가운데 사람의 신체를 검사하여 생명이나 몸과 마음의 건강 상태에 관하여 의학적으로 판단하는 일은 매우 중요하다. 사회가 발달하면서 사회생활에서 생명이나 몸과 마음의 상태는 각종 법적 권익과 밀접한 관계가 있다.

진단서는 진실성을 본질로 삼아 사회의 신뢰를 받는 증명서다.

진단서는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 등이 건강 상태를 증명할 목적으로 진찰 결과나 결과를 바탕으로 한 판단을 기재하여 작성한 문서다. 굳이 형식을 다투지 않으나 의료법 시행규칙의 진단서 서식과 같이 의료인의 자격을 기재하는 등의 형식을 갖추어야 한다.[1] 달리 명시하지 않으면 진단서는 〈표 1〉에 열거한 의료문서를 모두 일컫는 넓은 의미로 사용한다.

한편 [감염병의 예방 및 관리에 관한 법률] 제11조의 규정에 따라 의사가 법정 감염병을 진단하는 등의 사실을 신고하기 위한 서류는 진단서가 아니다. 법정 감염병을 거짓으로 신고한 경우에는 같은 법 제81조에 벌칙 규정을 따로 두었다.

진단서는 원칙적으로 진찰한 당시의 건강 상태를 증명한다. 때로 과거의 진료 사실을 증명하려는 목적으로 진단서를 교부하기도 하는데, 이런 목적의 진단서는 엄격하게 「사실 확인서」라야 한다. 예를 들어 수 년 전에 '위암' 때문에 「위 일부절제술」을 받았다면 현재의 건강 상태는 '위암'이 아니라 '위암 때문에 위 일부절제술 후 상태'고, 비록 진단서 서식에 기재할지라도 사실 확인서의 성격이 크다.

---

1) 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학 2013;14(2):49-80

나. 진단서 종류

의사가 사람을 진찰하고 자신의 의견이나 판단을 표시함으로써 사람의 생명이나 건강(질병) 상태를 증명하는 서류를 진단서(診斷書, Medical Certificate)라고 한다. 우리나라에는 법규로 정한 진단서를 비롯하여 여러 가지 종류의 진단서가 있다.(표1)

표1. 진단서의 종류

종류	작성 의료인	서식
진단서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 서식 5의2
상해진단서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 서식 5의3
사망진단서, 시체검안서	의사, 치과의사, 한의사	의료법 시행규칙 서식 6
출생증명서	의사, 한의사, 조산사	의료법 시행규칙 서식 7
사산증명서, 사태증명서	의사, 한의사, 조산사	의료법 시행규칙 서식 8
소견서	의사, 치과의사, 한의사	
감정서	의사, 치과의사, 한의사	각종 행정 법규

진단서는 명칭에 구애받지 않는다. 진단서나 상해진단서, 사망진단서에는 진단서라는 명칭이 있지만, 시체검안서나 출생증명서, 사산증명서처럼 의료법 시행규칙에 명시한 증명서뿐 아니라, 소견서나 감정서로 표현되는 문서도 모두 진단서로 간주한다. 대법원 판례도 "형법 제233조의 허위진단서작성죄에 있어서 진단서라 함은 의사가 진찰의 결과에 관한 판단을 표시하여 사람의 건강상태를 증명하기 위하여 작성하는 문서를 말하는 것이므로, 비록 그 문서의 명칭이 소견서로 되어 있더라도 그 내용이 의사가 진찰한 결과 알게 된 병명이나 상처의 부위, 정도 또는 치료기간 등의 건강상태를 증명하기 위하여 작성된 것이라면 역시 위의 진단서에 해당하는 것이다"라고 판시하였다.[2)]

2) 대법원 1990. 3. 27. 선고 89도2083 판결

다. 진단서의 의미

진단서는 의사 개인이 발행하는 사문서(私文書)지만 사회적으로나 법적으로는 공문서(公文書)와 비슷한 가치를 가진다. 예컨대 사람의 법적 권리는 출생 신고로 시작하고 사망 신고로 끝나는데, 출생증명서와 사망진단서가 각각 그 사실을 인정하는 근거다. 이러한 의료 문서는 사망원인 통계를 비롯하여 여러 사업의 기초 자료이며 우리나라뿐 아니라 세계적으로도 보건 통계에 이용된다.

취직이나 취업에 필요한 건강의 증명, 보험금의 청구, 폭행이나 상해 사건에서 피해자의 손상 정도 판단, 병역 수행 가능 여부 판단, 운전 가능 여부 판단을 비롯한 각종 면허 신청과 같은 사회적인 활동에도 의사의 진단서는 매우 중요하다. 그러므로 의사는 진단서의 중요성을 잘 알고 있어야 하며, 바르게 작성하고 적절하게 교부하여, 불필요한 피해가 발생하지 않도록 노력해야 한다.

진단서의 내용은 진료한 사람의 질병 또는 건강 상태에 대한 판단이다. 내용의 진정성(眞正性)은 허위진단서에서 자세히 설명한다. 질병이나 건강 상태는 진단서를 교부할 즈음의 상태를 의미한다. 예전에 앓았던 질병에 대해서 증명을 하려면 진단서와 같은 형식의 서면에 작성할지라도 사실 확인서와 같은 증명서로 대체하는 것이 옳다.

불행하게도 의학 지식과 장비가 발전함으로써 진단서 작성 교육 등은 의과대학 교육과정에서 우선순위가 낮은 내용으로 간주하여 제대로 교육하지 않으며, 의사가 되어 부적절하거나 심지어 불법적인 진단서를 작성하고 교부하여 스스로 처벌을 받는 상황에 이르기도 한다.

2. 진단서와 관련된 의무

진단서는 문서로서 의사의 판단을 정확하게 표현한 것이다. 문서는 일상적인 사회생활에서 매우 중요한 사회적 기능을 지니고 있어 내용이 진정하여야 한다. 내용뿐 아니라 진단서의 대상 확인도 매우 중요하고 이들을 확인할 의무는 작성자인 의사에게 있다.

가. 의료법에 명시된 의무

(1) 진단서 교부 의무

국민의 일상생활에 진단서나 증명서가 첨부되어야 하는 경우가 많다. 만약 의사가 진단서를 교부하지 않으면 국민들의 활동에는 제약이 따르고 권리를 행사할 수 없는 일이 생긴다. 이를 방지하기 위하여 의사는 의료법 제17조 제3호에 “진단서 · 검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.”고 하였다. 다만 정당한 사유가 있다면 교부 요구를 거부할 수 있는데, 이를테면 환자 본인이나 적법한 대리인이 아닌 사람이 진단서 교부를 요구하는 경우, 범죄에 이용될 의심이 있는 경우 등이다.

(2) 진단서 교부 주체

진단서는 의료인이 교부할 수 있다.[3] 그러나 모든 의료인이 모든 종류의 진단서 등을 교부할 수는 없다. 의사, 치과의사, 한의사는 진단서(각종 진단서를 모두 포함한다.)와 검안서를 교부할 수 있고, 의사 · 한의사 또는 조산사는 출생증명서, 사망진단서, 사산증명서를 교부할 수 있다.(표1)

의사는 모든 종류의 진단서를 작성하여 교부할 수 있다. 치과의사가 작성할 수 없는 진단서는 출생증명서나 사산증명서이고, 한의사는 제한이 없다. 한편 조산사는 출생증명서, 사산증명서를 작성할 수 있다. 간호사가 작성할 수 있는 진단서는 없다.

치과의사에게 검안(檢案)을 요청하고 시체검안서를 교부 받는 사람은 없겠지만, 치과병원 특히 암 환자를 수술하는 구강외과 치과의사는 사망진단서를 드물지 않게 교부한다. 한의사가 출생증명서를 교부할 일도 없으리라 추정한다. 다만 법에 한의사가 출생증명서를 교부할 수 없다는 제한은 없다. 한의사에게 어려운 점은 진단서에 병명을 기재할 때에 한국표준질병 · 사인분류를 따라야 한다는 점이다. (의료법 시행규칙 제9조 제3항) 한국표준질병 · 사인분류에는 「U00-U99 특

---

3) 의료인이 아닌 사람이 진단서를 작성하면 의료법 제17조 위반이다. (서울고법 1971. 6. 24. 선고 71노297 판결)

수목적 코드」를 두어 한방 병명을 분류할 수 있지만 어려움과 혼돈이 있다. 예를 들어 특수목적 코드로 분류하면 통계청의 사망원인통계 등을 작성하기 어렵다.

한편 진단서를 작성하고 교부할 수 있는 의료인은 면허를 가진 것만으로는 충분하지 않다. ① 의료업에 종사하여야 하고 ② 직접 진료하여야 한다. '의료업에 종사'는 개설된 의료기관에 소속하여 지속적으로 의료행위를 수행하는 것을 의미한다. 신고하지 않은 상태로 일시적으로 당직 진료를 하고 있는 의사는 진단서를 교부할 수 없다. 의과대학에 근무하는 기초의학 교수는 비록 의사 면허를 지녔을지라도 의료기관에 소속하여 진료를 하지 않는다면 진단서를 교부할 수 없다. 예외로 국립과학수사연구원처럼 검시(檢屍) 업무를 담당하는 국가기관에 종사하는 의사는 비록 의료업에 종사하지는 않지만 검안서를 작성하여 교부할 수 있다.

'직접 진료'는 당연한 일이지만 직접 진료의 내용이나 범위를 정하지는 않았다. 예외는 ① 진료하던 환자가 최종 진료한 때로부터 48시간 이내에 사망한 경우(사망진단서 항에서 설명)와 ② 진료하던 의사가 어쩔 수 없이 진단서를 내줄 수 없는 경우(진단서 교부 대상 항에서 설명)이다.

진찰한 의사와 진단서를 작성한 의사가 다를 수 있다. 진찰한 의사가 진단서를 작성하고 진단서의 명의에 자신의 이름을 기재하는 것이 원칙이다(진찰A=작성A=명의A).[4]

(1) 진찰하지 않은 의사가 자신의 명의로 진단서를 작성하여 교부하였다면(진찰A=작성B=명의B), '직접 진료'하지 않고 진단서를 작성하여 교부하였으므로 명백하게 의료법 제17조 위반이다. 다만 대법원 1993. 7. 13. 선고 92누16010 판결(의사면허자격정지처분취소)은 "직접 진료하지 아니하였지만 위 병원 소속 의사와 직원들에 의하여 검사와 진단이 행하여진 후 위 병원의 통례에 따라 원고가 대표자로서 그의 명의로 건강진단서를 작성 발급한 점 등을 고려하여 보면, 이 사건 처분은 위반행위의 정도에 비하여 원고에게 지나치게 가혹하여 재량권의 범위를 일탈한 위법한 처분"이라고 보았다.

---

4) 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학 2013;14(2):65쪽~70쪽

(2) 진찰하지 않은 의사가 진찰한 의사의 명의로 진단서를 작성하여 교부하였다면(진찰A=작성B=명의A), 상황에 따라 다를 수 있다. 예를 들어 교수가 진찰하였고 전공의에게 진단서를 작성토록 하되 교수의 명의로 진단서를 교부하였다면, 전공의는 교수를 대신하여 작성 업무만을 수행하였고 진단서 작성의 주체는 교수이므로 의료법을 위반하였다고 보기는 어렵다. 그러나 진찰한 교수의 지시나 승낙 없이 전공의가 교수 명의의 진단서를 교부하였다면 의료법 위반에 해당한다.

(3) 진찰한 의사가 다른 의사의 명의로 진단서를 작성하였다면(진찰A=작성A=명의B), 명의를 허위로 기재한 '허위진단서'에 해당할 수 있다.

(3) 진단서 교부 대상

진단서는 의사가 사람을 진찰하고 검사하여 생명이나 몸과 마음의 건강 상태에 관하여 의학적으로 판단한 문서다. 진료하였고 그 근거가 의무기록으로 남았다면, 진단서를 교부하지 못할 사람은 없다. 달리 법에서 자신이나 가족에게 진단서를 교부할 수 없다고 정한 바가 없으므로 자신 또는 가족에 대한 진단서를 교부할 수는 있으나, 객관적인 의학적 판단을 전제로 한 진단서를 자신이나 가족처럼 객관적이기 어려운 대상에게 교부하지 않는 것이 원칙이다.

현실에서는 환자가 직접 의료기관을 찾지 못하고 가족이 대신 찾아와 환자의 상태에 관한 진단서를 요구하는 경우가 있다. 진단서 요구 당시에는 환자가 오지 않았을지라도 의사가 전에 환자를 직접 진료한 적이 있다면 '직접 진료'하지 않았다고 볼 근거가 없다. 당연히 의사는 환자의 상태에 대하여 의무기록을 근거로 진단서를 교부할 수 있다. 나아가 의료법 제17조 단서 조항은 전에 환자를 직접 진료한 의사가 진단서를 교부할 수 없는 사정이 있다면, 같은 의료기관에 종사하는 의사가 진료기록부 등을 근거로 당해 환자에 대한 사실을 기록한 진단서를 교부할 수 있도록 허용하였다. 요컨대 사실을 증명할 근거가 있다면 그래서 진단서의 내용이 사실이라면 굳이 직접 진료한 의사만 진단서를 교부하도록 강요하

지 않는다는 취지다. 당해 의료인이 의무기록이 보관된 의료기관에 반드시 근무한다는 보장이 없다면, 환자 측의 편의를 위하여 의무기록에 근거가 있는 사실과 의학적 판단을 기록한 진단서를 교부할 수 있다.

(4) 질병과 건강 상태

진단서에 기재한 질병명 또는 건강 상태는 진단서를 교부하는 당시 또는 그 즈음의 상태여야 한다. 환자가 예전에 앓았지만 이미 치유되었다면 진단서를 교부할 대상이 되기 어렵다. 만약 환자가 이전에 앓았던 질병에 대해서 진단서 교부를 요구한다면, 그러한 사실에 대하여 진단서보다는 사실 확인서와 같은 증명서로 대신한다. 서식은 진단서와 같아도 상관없다. 예를 들어 진단서 서식에 과거 질병 상태에 대하여 기재하고, 서식의 제목을 두 줄로 지우고 사실 확인서라고 기재할 수도 있다.

어려운 점은 암 같은 질환이다. 예를 들어 위암 환자가 치료적 수술을 받은 지 5년이 지나 진단서 교부를 요구한다면, 진단명이 '위암'인 진단서를 교부하기도 한다. 수술 후에 암 재발이나 전이 등이 없다면 암이 완치되었다고 본다. 엄격하게 말하자면 이 상태는 '위암'(질병 분류 번호; C16)이 아니라 '위암 수술 후 상태'다. 따라서 "5년 전에 위암으로 위 수술을 받은 사실"을 증명하면 충분하다.

만약 위암 수술을 받은 지 2년이라면 아직 완치되었다고 보기는 어렵고 그렇다고 위암이 있는 상태라고 보기도 어렵다. 이 역시 사실 확인서가 적당하다.

(5) 진단서 보관 기간

의료법 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존)는 진단서 등의 부본을 종류에 따라 구분하여 최소 3년 동안 보존하도록 하였다. 이 조에 따르면 여러 가지 기록의 보존 기간을 따로 정하여 2년부터 10년까지 다양한데, 굳이 구별하여야 할 이유를 알 수 없다. 모든 기록을 10년이라고 생각하여 보관하는 것도 좋다. 전자문서 형태로 보존하면 특별히 공간이 필요하지도 않다.

나. 비밀유지의 의무

의료법 제17조(진단서 등)은 진단서를 환자에게 교부하는 것을 원칙으로 하되, 만약 환자가 사망한 경우에는 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속에게 교부하거나 또는 검안서라면 담당 검사에게 교부할 수 있다고 하였다.

의료법 제19조(비밀 누설 금지)는 "의료인은 이 법이나 다른 법령에 특별히 규정된 경우 외에는 의료·조산 또는 간호를 하면서 알게 된 다른 사람의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다."고 하였고, 형법 제317조(업무상비밀누설)은 "① 의사, 한의사, 치과의사, (중략) 그 직무상 보조자 또는 차등의 직에 있던 자가 그 직무처리 중 지득한 타인의 비밀을 누설한 때에는 3년 이하의 징역이나 금고, 10년 이하의 자격정지 또는 700만원 이하의 벌금에 처한다."고 하였다.

위 두 법에서 모두 의사는 의료 등의 업무로 알게 된 비밀을 지키도록 요구하였다.

업무로 알게 된 비밀(秘密)이란 본인이 직접 말하거나 은연중에 알게 되었거나, 진료 과정에서 알게 되었음을 구분하지 않는다. 비밀이란 본인이 비밀로 할 것으로 원하는 사항이거나, 일반적으로 비밀로 하려는 사항 모두를 포함하며, 일반에게 알려지지 않은 사항을 의미한다. 누설(漏泄)은 비밀의 사항을 말로 알리거나 문서로 알리거나 또는 의무기록을 보이거나 하는 등 방법을 가리지 않는다.

만약 진단서를 환자가 원하지 않은 사람에게 교부하면 비밀누설의 죄에 해당할 수 있다. 요컨대 진단서는 환자 본인에게 교부하며, 어쩔 수 없다면 환자의 동의서를 확인하거나 전화로라도 환자의 허락을 받아야 한다.

표2. 진단서 관련 의료법 등

〈의료법〉

제17조(진단서등) ① 의료업에 종사하고 직접 진찰하거나 검안(檢案)한 의사[이하 이 항에서는 검안서에 한하여 검시(檢屍)업무를 담당하는 국가기관에 종사하는 의사를 포함한다], 치과의사, 한의사가 아니면 진단서·검안서·증명서 또는 처방전

[의사나 치과의사가 「전자서명법」에 따른 전자서명이 기재된 전자문서 형태로 작성한 처방전(이하 "전자처방전"이라 한다)을 포함한다. 이하 같다]을 작성하여 환자(환자가 사망한 경우에는 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속을 말한다) 또는 「형사소송법」 제222조제1항에 따라 검시(檢屍)를 하는 지방검찰청검사(검안서에 한한다)에게 교부하거나 발송(전자처방전에 한한다)하지 못한다. 다만, 진료 중이던 환자가 최종 진료 시부터 48시간 이내에 사망한 경우에는 다시 진료하지 아니하더라도 진단서나 증명서를 내줄 수 있으며, 환자 또는 사망자를 직접 진찰하거나 검안한 의사·치과의사 또는 한의사가 부득이한 사유로 진단서·검안서 또는 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·치과의사 또는 한의사가 환자의 진료기록부 등에 따라 내줄 수 있다. 〈개정 2009.1.30.〉

② 의료업에 종사하고 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 아니면 출생·사망 또는 사산 증명서를 내주지 못한다. 다만, 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 부득이한 사유로 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·한의사 또는 조산사가 진료기록부 등에 따라 증명서를 내줄 수 있다.

③ 의사·치과의사 또는 한의사는 자신이 진찰하거나 검안한 자에 대한 진단서·검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.

④ 의사·한의사 또는 조산사는 자신이 조산(助産)한 것에 대한 출생·사망 또는 사산 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 진단서, 증명서의 서식·기재사항, 그밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈신설 2007.7.27., 2008.2.29., 2010.1.18.〉

〈의료법 시행규칙〉

제9조(진단서의 기재 사항) ① 의사·치과의사 또는 한의사가 발급하는 진단서에는 별지 제5호의2서식에 따라 다음 각 호의 사항을 적고 서명 날인하여야 한다. 〈개정 2012.4.27. 〉

1. 환자의 주소·성명 및 주민등록번호
2. 병명
3. 발병 연월일
4. 향후 치료에 대한 소견
5. 진단 연월일

6. 의료기관의 명칭 · 소재지, 진찰한 의사 · 치과의사 또는 한의사(부득이한 사유로 다른 의사 등이 발급하는 경우에는 발급한 의사 등을 말한다)의 성명 · 면허자격 · 면허번호

② 질병의 원인이 상해(傷害)로 인한 것인 경우에는 별지 제5호의3서식에 따라 제1항 각 호의 사항 외에 다음 각 호의 사항을 적어야 한다. 〈개정 2012.4.27. 〉

1. 상해의 원인 또는 추정되는 상해의 원인
2. 상해의 부위 및 정도
3. 치료기간
4. 입원의 필요 여부
5. 외과적 수술 여부
6. 합병증의 발생 가능 여부
7. 통상활동의 가능 여부
8. 식사의 가능 여부
9. 상해에 대한 소견

③ 제1항의 병명 기재는 「통계법」 제22조제1항 전단에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인 분류에 따른다.

④ 진단서에는 연도별로 그 종류에 따라 일련번호를 붙이고 진단서를 발급한 경우에는 그 부본(副本)을 갖추어 두어야 한다.

제10조(사망진단서 등) ① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 발급하는 사망진단서 또는 시체검안서는 별지 제6호 서식에 따른다.

제11조(출생증명서, 사산 또는 사태증명서) 의사 · 한의사 또는 조산사가 발급하는 출생증명서는 별지 제7호 서식에 따르고, 사산(死産) 또는 사태(死胎) 증명서는 별지 제8호 서식에 따른다.

3. 허위진단서

〈형법〉

제233조(허위진단서등의 작성) 의사, 한의사, 치과의사 또는 조산사가 진단서, 검안서 또는 생사에 관한 증명서를 허위로 작성한 때에는 3년 이하의 징역이나 금고, 7년 이하의 자격정지 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

가. 구성 요건

허위진단서 작성죄가 성립하려면 허위의 내용, 즉 진실이 아닌 내용을 진단서 등에 기재하여 작성하는 것이다. 이 죄에서 허위의 내용은 사실에 관한 것이든 판단에 관한 것이든 모두 포함한다. 사실에 관한 것으로는 사망일시, 치료의 여부와 치료 기간, 입원 기간 또는 진료 일시에 대한 기재도 허위의 대상이 될 수 있다. 판단에 관한 것으로는 주로 병명(病名)과 사인(死因) 등이며 더불어 향후 치료 소견 등도 포함한다. 그러나 의사가 직접 진찰하지 않았는데도 진단서를 작성하였다면 의료법 제17조 위반에 해당할 뿐이고 허위진단서 작성죄에 해당하지 않는다.

이 죄는 본디 허위를 증명하지 못하게 할 취지이므로 기재한 내용이 실제로 진실에 반한 것이어야 한다. 만약 진단서를 작성한 의사가 허위라고 생각하고 기재하였을지라도 기재된 내용이 객관적 진실과 일치한다면 허위진단서라고 할 수 없다.

이 죄가 성립하려면 고의(故意)가 있어야 한다. 의사가 자기가 작성하는 것이 진단서라는 사실과 그 내용이 허위라는 사실을 인식하고 인용하여야 한다. 의사가 진찰을 소홀히 하거나 오진(誤診)하여 진단서에 진실이 아닌 사실이나 판단을 기재하였다면 고의를 인정할 수 없다. 요컨대 '오진진단서'가 바로 '허위진단서'는 아니다. 만약 환자가 의사를 속여 진단서를 작성하도록 하였다면, 의사가 속아서 진단서를 작성하였을 뿐이고 허위진단서를 작성한다는 고의가 없었다고 볼 여지가 크다.

나. 진단서의 규범적 판단

허위진단서의 내용은 사실에 관한 것은 물론이고 판단에 관한 것도 포함한다. 진단명(병명)은 대표적으로 판단에 관한 것이다. 의료법 시행규칙 제9조 제1항에는 진단서에 기재할 내용 가운데 "4. 향후 치료에 대한 소견"이 있고, 상해진단서

라면 제2항에 “3. 치료기간, 4. 입원의 필요 여부, 5. 외과적 수술 여부, 6. 합병증의 발생 가능 여부, 7. 통상활동의 가능 여부, 8. 식사의 가능 여부, 9. 상해에 대한 소견” 등이 모두 판단에 관한 내용이다. 진단서나 상해진단서의 기재 내용에서 판단에 관한 것들은 모두 의학적 판단이 필요한 내용이므로 기재할 수 있는 내용을 모두 기재할 수 있다.

규범적 판단이란 법률이나 각 단체에서 정한 규정 등이 정한 기준에 해당하는지 여부를 포함한다. 예를 들어 “등교하여 수업을 받을 수 없다”든지 “수형(受刑) 생활을 할 수 없다”, “영업용 택시 운전이 불가능하다” 등의 판단은 규범적 판단이다. 비교적 객관적인 규범적 판단으로는 “신체장해 제3급에 해당한다”거나 “노동능력상실률은 67%다” 등이 있다.

신체장애 등급이나 노동능력상실률 판단처럼 객관적 기준이 있고 진찰한 결과를 비교적 쉽게 적용할 수 있는 규범적 판단은 의사, 특히 해당 분야 전문의들이 적극적으로 수행해야 할 분야다. 그러나 객관적 기준이 없는 규범적 판단이라면 될 수 있는 대로 의학적으로만 판단하고 규범적 판단은 전문가 집단 또는 위원회 등에게 미루는 것이 타당하다. 예를 들어 전에 위암 때문에 「위 부분절제술」(subtotal gastrectomy)을 받은 사람이 범죄를 저질러 교도소에 있는데 병(病) 보석(保釋)을 목적으로 진단서 교부를 요구하였는데, 의무기록에 근거하여 진단명을 ‘위암’ 또는 ‘위 부분절제술 후 상태’로 기재한 것은 당연하고, 향후 치료에 대한 소견에 환자 가족의 부탁으로 “위 부분절제술로 위의 상당 부분을 절제한 상태이므로 식사를 소량 자주 할 것으로 판단함”이라고 기재한 것까지는 당연한 의학적 판단이므로 가능하다. 그러나 덧붙여 “수형 생활을 하기가 매우 어려울 것으로 생각함”이라는 판단은 의사가 판단할 수 있는 범위를 지나친 규범적 판단에 해당할 수 있다.

지방법원 판결(2014. 2. 7. 선고 서울서부지방법원 2013고합269 판결)은 “환자의 의학적 · 사실적 상태에 대한 판단을 전제로 하여 향후 치료 의견을 열거하면

서 그 환자가 수감생활이 가능할지 여부에 대해서 판단을 하였다면, 이는 의사가 자신이 가진 전문적 지식 및 환자의 상태에 대한 기본적 정보를 바탕으로 판단을 한 것으로 이에 대하여는 당연히 진실성을 담보하여야 하는 책임을 가진다."고 하여 당연히 허위진단서의 판단 대상으로 보았다. 당해 사건의 피고인은 1심에서는 유죄 판결을 받고 항소하였다.

다. 외국 법률과 윤리지침

우리 형법이 근원으로 삼은 독일 형법과 일본 형법 그리고 프랑스 형법에는 허위진단서에 관하여 우리 형법과 유사한 조항이 있다.[5]

미국의사협회 의료윤리지침에 구체적으로 진단서에 관한 조항은 없지만, 유사한 행태로서 의학적 증언에 대하여 독립적으로 정직하게 적절한 의견을 제시할 것과 함께 성공보수 등을 애초부터 받지 않도록 정하였다.[6]

라. 허위진단서작성죄와 허위공문서작성죄

의사가 허위진단서를 작성하면 허위진단서작성죄를 묻는데, 공무원인 의사가 공무소 명의의 허위진단서를 작성하면 허위공문서작성죄(형법 제227조)에 해당한다는 판례가 있다(대법원 2004. 4. 9. 선고 2003도7762 판결). 원심 판결은 진단서의 허위성을 인정하고 허위진단서 작성행위에 대하여 허위공문서작성죄와 허위진단서작성죄의 상상적 경합 관계가 성립한다고 하였으나, 대법원은 "허위진단서작성죄의 대상은 공무원이 아닌 의사가 사문서로서 진단서를 작성한 경우에 한정되고 공무원인 의사가 공무소 명의로 허위진단서를 작성한 경우에는 허위공문서작성죄만이 성립하고 허위진단서죄는 별도로 성립하지 않는다"고 하였다.

---

5) 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학 2013;14(2):49-80

6) http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/Code of Medical Ethics. AMA. accessed on 11th of July 2014

요컨대 허위진단서를 작성한 의사가 공무원이면 허위공문서작성죄에 해당하고, 공무원이 아니면 허위진단서작성죄가 성립한다는 취지다. 허위진단서작성죄의 벌칙이 허위공문서작성죄보다는 가볍고 허위사문서작성죄보다는 무거운데 같은 범죄라면 더 무거운 죄를 물으려는 원칙에 따른 것이다. 이에 대해서는 의사는 신분과 상관없이 의사로서 전문적 지식과 경험을 바탕으로 진단서를 작성하고, 공무소 명의 진단서와 사립병원 진단서가 공신력에서 차이가 없다는 점을 고려한다면 불합리하다는 주장이 있다.[7)]

진단서는 의사 개인이 작성한 사문서다. 비록 당해 의사가 공무원 자격으로 공무소 의료기관에 근무할지라도 작성한 진단서는 의사 개인이 작성한 문서다. 진단서에 의료기관의 명칭이 있고 의료기관 대표의 직인이 찍힌다고 하더라도 이는 의사가 "의료업에 종사하고"(의료법 제17조) 있음을 증명하는 것뿐이다. 따라서 허위진단서는 허위진단서일 뿐이고 공무원 의사면 허위공문서작성죄에 해당하기는 어렵다.

법학적으로 공무원이 허위진단서를 작성하면 허위공문서작성죄와 허위진단서작성죄의 상상적 경합을 인정할 수 있다. 두 죄의 보호법익이 다르기 때문이다. 어찌되었든 의료법 제8조에 열거한 「의료인의 결격 사유 등」에 허위진단서작성죄(형법 제233조)나 위조사문서 행사(형법 제234조)는 포함하였으나 허위공문서작성죄(형법 제227조)는 포함하지 않는다. 일반적으로 허위진단서를 작성하여 금고 이상의 형을 받은 의사에게 의사면허 취소 처분을 하는데, 공무원 의사가 허위진단서를 작성하더라도 허위공문서작성죄만을 적용하면 의사면허 취소 등의 처분을 할 수 없는 사정이 생길 수도 있다. 이는 형평에 맞지 않다. 의료인의 결격 사유에 허위공문서작성죄를 위반하여 금고 이상의 형을 받은 사람을 포함하거나, 의사가 공무원이든 아니든 허위진단서를 작성하였다면 모두 허위진단서작성죄를 적용하는 것이 옳다. 후자가 합리적이라고 본다.

---

7) 박달현. 공무원인 의사가 공무소 명의의 허위진단서를 작성한 경우에 성립하는 죄책. 안암법학 2012;37:201-233

4. 진단서 교부

〈의료법〉

제17조(진단서등) ③ 의사·치과의사 또는 한의사는 자신이 진찰하거나 검안한 자에 대한 진단서·검안서 또는 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유없이 거부하지 못한다.

④ 의사·한의사 또는 조산사는 자신이 조산(助産)한 것에 대한 출생·사망 또는 사산 증명서 교부를 요구받은 때에는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.

일상생활에서 진단서나 증명서가 필요한 경우가 많다. 의사의 진단서나 증명서가 없으면 시민들의 활동에 제약이 많다. 진료한 의사가 진단서를 교부하지 않으면 다른 의료기관에 가서 다시 진료를 받아야 하는 불편이 생긴다. 이를 방지하기 위하여 의사에게는 정당한 이유가 없으면 진단서 등의 교부 거부 금지 의무가 부과된다.

정당한 이유에 해당하는 상황으로는 본인 또는 적법한 대리인이 요구하는 것이 아닌 경우, 범죄에 이용될 것으로 의심되는 경우 등이다. 의료 현장에서 흔히 배우자에게는 의심하지 않고 진단서를 교부하는데 반드시 상황을 잘 살펴야 한다. 오래 정신건강의학과 치료를 받은 환자의 남편이 “직장에 부인의 치료비용을 보전 받기 위하여 진단서가 필요하다”고 하여 무심코 진단서를 교부하였는데, 실제로는 남편이 이혼 소송에 부인의 정신 질환을 자신에게 유리한 증거로 제시하기 위하여 진단서를 사용하였다. 부인 측은 자신에게 불리한 진단서를 환자 자신의 동의 없이 남편에게 교부한 의사를 의료법 위반으로 고발하였다. 제17조에 따라 (사망한 경우에는 배우자에게 교부할 수 있지만 환자가 생존하는데도) 환자가 아닌 배우자에게 진단서를 교부한 점과 제19조(비밀 누설 금지)를 위반한 점을 지적하였다. 앞뒤의 사정을 설명함으로써 당해 의사는 처벌을 받지는 않았지만 조사를 받는 등의 고초를 겪어야 했다.

각　　론

5. (일반)진단서

질병에 관한 진단서는 의료법 제17조와 의료법 시행규칙 제9조에 따라 1. 환자의 주소 · 성명 및 주민등록번호 2. 병명 3. 발병 연월일 4. 향후 치료에 대한 소견 5. 진단 연월일 6. 의료기관의 명칭 · 소재지, 진찰한 의사 · 치과의사 또는 한의사(부득이한 사유로 다른 의사 등이 발급하는 경우에는 발급한 의사 등을 말한다)의 성명 · 면허자격 · 면허번호 등을 기재하여야 한다.

(1) 환자의 주소·성명 및 주민등록번호

이는 환자의 신원을 확인하는 항목이다. 환자의 주민등록증과 같은 증명서로 본인 여부를 확인한다. 본인 확인은 작성자의 책임이다. 확인할 책임이 무한한 것은 아니고 일상적인 방법으로 확인하였다면 충분하다. 예를 들어 일란성 쌍둥이가 속이려고 든다면 이런 상황까지 의사가 확인할 수는 없다.

(2) 병명

병명 또는 진단명은 의료법 시행규칙 제9조 제3항에 따라 한국표준질병 · 사인분류에 따라야 한다. 이 분류는 세계보건기구(WHO, World Health Organization)에서 만든 국제표준질병 · 사인분류(ICD, international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)를 번역한 것이고 현재 제10판(ICD-10)이다. 전 세계가 같은 분류번호를 사용함으로써 국제적인 소통과 통계에 쉽게 이용된다.

병명에는 근거가 있어야 한다. 의사가 환자를 진료하고 판단하는 과정은 주소(主訴)를 비롯한 주관적인 증상(症狀, symptoms)과 객관적으로 알 수 있는 징후(徵候, signs)를 바탕으로 여러 가지 검사 결과를 종합하여 추론(推論, reasoning)함으로써, 의심이 가는 병명이나 상태를 배제(排除, rule-out)하거나 확인(確認, confirm)한다.

진단서 서식의 병명은 크게 두 가지로 나눈다. 하나는 「임상적 추정」과 「최종 진단」이다. 임상적 추정은 주로 환자의 주관적 증상과 일부 객관적인 징후를 바

탕으로 추정한 진단이고, 최종 진단은 객관적 징후만 있어도 진단할 수 있지만 대개는 증상과 징후뿐 아니라 검사 결과로써 객관적이고 재현가능한 근거가 있을 때에 해당한다. 모든 증상과 징후, 검사 결과 등의 근거는 의무기록에 있어야 한다.

만약 증상이나 징후만 가지고 구체적인 진단명을 기재하고자 한다면 진단명 뒤에 "(추정)"이라고 덧붙일 수 있다. 추정 진단은 객관적인 검사 등으로 진단을 확정할 필요가 있다거나 다른 진단으로 밝혀진다면 자신의 판단을 양보하겠다는 의미다.

증상이나 증세만을 기재할 수도 있다. 환자는 어지럼증을 호소하는데 전신 질환이나 속귀(內耳) 질환의 증거는 없고 보상성 기전이 개입한 것인지도 알 수 없는 경우에 무리하게 빈혈(D50)이나 메니에르병(H81.0)이나 전환장애(F44.9)라고 진단할 필요 없이 「달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견」(이른바 R 코드) 가운데 '현기 및 어지러움(R42)'을 기재한다.

(3) 발병 연월일

발병 연월일은 질병이든 손상이든 상병(傷病)이 발생한 시점을 의미한다. 교통사고처럼 손상이 발생한 시각이나 갑자기 생긴 흉통으로 진단한 급성심근경색증은 발병한 때가 분명할 수도 있지만, 만성 질환의 대부분은 생물학적으로 당해 질병이 발생한 때를 정확하게 알 수 없다. 예를 들어 내시경으로 위암을 진단하였으나 위암이 언제 발병하였는지를 알 수는 없다.

발병 연월일은 생물학적인 발병일을 의미하는 것이 아니라 임상적인 발병일이다. 예를 들어 3개월 전쯤부터 매우 피곤하였는데 결국 간경변증으로 진단하였다면 발병일은 3개월 전이다. 두 달 전부터 소화가 잘 안되었는데 내시경으로 위암을 진단하였다면 발병일은 두 달 전이고, 아무런 증상이 없는데 우연히 건강검진에서 위암이 발견되었다면 건강검진을 한 날이 발병일이다.

(4) 향후 치료에 대한 소견

진단한 뒤에 또는 진단서를 교부한 날 이후에 치료에 관한 의학적인 사실을 의미한다. 예를 들어 수술이나 입원 치료가 필요하다거나 또는 구체적으로 “골절 부위에 대한 내고정 수술이 필요하다”든지 “위암 때문에 부분위절제술을 받았으므로 식사를 적게 자주 해야 한다” 등을 기재할 수 있다. 특별히 기재할 내용이 없다면 기재하지 않아도 무관하다. 오히려 무리한 소견을 기재하는 것이 화를 일으키기도 한다.

(5) 진단 연월일

진단한 날을 기재한다. 발병 연월일과 같은 날일 수도 있고 훨씬 뒷날일 수도 있다.

(6) 의료기관의 명칭·소재지 등

특별하게 설명하지 않는다.

(7) 기타

등록번호는 병록번호, 진료번호 등 당해 의료기관에 등록된 환자 고유 번호를 의미하며, 연번호는 당해 진단서에 고유한 발급 순서에 따른 번호다.

진단서는 원칙적으로 의사 개인이 교부하는 (책임지는) 의학적 문서다. 따라서 병원장 같은 의료기관 대표의 날인이 필요하지는 않다. 진단서를 교부하는 의사가 의료업에 종사하고 있음을 증명하기 위하여 의료기관은 반드시 기재하고 병원장의 날인은 생략하여도 상관없다.

6. 건강진단서

입학이나 취업을 위하여 특별한 질병이 없이 건강하다는 점을 증명하기 위한 진단서다. 의료법 등에 특별히 정한 서식은 없다.

필요에 따라 법규가 정한 건강진단의 기준과 양식이 있고, 기업이나 기관 등에서 따로 서식을 만들어 사용하기도 한다. 예를 들어 산업안전보건법 제43조에 따라 근로자의 건강진단을 받도록 하였거나, 의료법 제8조에 있는 의료인이 되고자 하는 사람이 결격사유[8]가 없음을 증명하기 위하여 제시하는 건강진단서도 있다.

각종 법규에서 요구하는 서식이 있거나 대한의사협회에서 마련한 서식을 사용할 수 있다.

7. 상해진단서

상해진단서는 의료법 시행규칙 제9조(진단서의 기재 사항) 제2항에 상해(傷害)로 인한 것인 경우에는 별지 제5호의3 서식에 따라 추가 사항을 기재하도록 한 것에 근거가 있을 뿐이다.

가. 상해(傷害)와 손상(損傷)

상해는 손상의 법률적 개념이고, 사전적 의미는 '다치게 하여 해를 입힘'이다. 한편 의학적으로 손상(injury)은 '외부(external) 원인이 인체에 작용하여 생긴 형태적 변화나 기능적 장애'이다. 손상은 인체에 이루어진 결과를 일컫는데 비하여 상해는 사람 신체의 완전성(integrity) 자체를 보호하려는 법률 취지에 따라 신체의 생리적 기능에 장애를 주는 경우는 물론 일상생활에 장애를 주는 체구와 외모의 현저한 변화도 포함한다. 상해는 주로 남을 다치게 하여 해를 입힘을 의미하지만 때로는 자해(自害)나 사고에 의한 다침을 포함하기도 한다.

8) 정신보건법 제3조 제1호에 따른 정신질환자, 마약・대마・향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 진단서가 필요하다.

예를 들어 머리카락을 보기 싫게 자른 것은, 조직학적으로 각질(角質)이어서 자른다고 해서 염증이나 출혈과 같은 반응을 보이지 않으므로 손상에 해당하지는 않지만, 피해자가 밖에 나가지 못하게 할 목적으로 그렇게 하였다면 상해에 해당할 수 있다는 견해도 있다.[9] 거꾸로 머리카락 몇 가닥을 뽑은 것은 상해라 할 수 없을지는 몰라도, 의학적으로는 미세하게나마 출혈이 있고 염증 반응을 동반하였을 터이므로 손상에 해당한다. 상해와 손상은 이렇게 차이가 있지만 대개는 같은 의미로 사용하고 있다. 다만 가해자의 유무는 매우 중요하다.

상해진단서는 단순히 의학적으로 손상을 증명하는 '손상진단서'가 아니다. 법률적으로 상해를 증명하는 문서다. 환자가 빙판에 미끄러져 넘어지면서 팔을 짚어 콜리스골절[10]이 생겼다면, 그리고 이를 증명하여 결근을 위하여 진단서가 필요하다면 (일반)진단서로 충분하다. 굳이 발급 비용이 훨씬 비싼 상해진단서를 요구하지 않는다. 만약 환자가 다른 사람과 다투다가 넘어지면서 팔이 부러졌다면, 그리고 상대편을 고발하기 위하여 진단서가 필요하다면 상해진단서를 요구한다. 의사는 두 사례 모두 콜리스골절(S52.5)이라고 진단하였을 터인데 진단서를 교부할지 상해진단서를 교부할지는 오로지 환자의 요구에 따른다. 그런데 상해진단서의 의미는 마치 의사가 "가해자가 있는 손상임"을 증명한 듯하다.

의사는 단순히 손상을 증명하였을 뿐이나, 경찰서에 가면 가해자가 있는 손상임을 증명하고, '치료 기간'으로써 손상의 경중(輕重)을 판단하였다고 간주한다. 상해진단서가 가진 문제다.

일본과 미국에는 따로 상해진단서가 없다. 손상이든 질병이든 모두 진단서(診斷書)나 Medical Certificate로 증명한다. 의사가 따로 가해자가 있는지 구별할

---

9) 상해의 개념을 신체외모의 중대한 변화라고 파악하는 견해에 의하면 머리카락을 자르는 행위는 상해행위에 해당하지만 생리적 기능의 훼손이라고 보는 다수설에 머리카락을 자르는 행위는 상해행위라기보다는 폭행행위으로 파악할 가능성이 크다. 대법원(대법원 2000. 3. 23, 99도3099)은 여성의 음모를 자른 사안에서 "신체의 외모에 변화가 생겼다고 하더라도 신체의 생리적 기능에 장애를 초래하지 아니하는 이상 상해에 해당한다고 할 수 없다."라고 하였다.

10) Colles' fracture; 앞팔의 요골이 손목 가까이에서 골절되고 손목이 뒤쪽으로 변형되는 상태로 대개 넘어질 때 팔을 짚어서 생긴다.

의무도 없고 손상이 얼마나 심한지를 치료기간으로 판단할 필요도 없다. 나아가 의사가 비싼 발급 비용을 목적으로 상해진단서 폐지를 반대한다는 오해도 씻어 버려야 한다.

나. 기재 내용

(1) 상해의 원인 또는 추정되는 상해의 원인

상해진단서에 추가하여 기재할 내용으로 상해의 원인이 있다. 의사가 상해의 원인을 알 수 있으면 그렇게 기재하지만 대개는 환자가 말하는 대로 기재한다. 그렇다면 상해의 원인을 기재하고 "(환자의 진술에 의함)"을 덧붙이거나 진료기록에 진술을 기록해야 한다. 상해의 원인을 알 수 없으면 굳이 기재하지 않고 빈 칸으로 두거나 "알 수 없음"이라고 기재한다.

(2) 상해의 부위 및 정도

다친 부위와 정도(상태)를 사실대로 기록한다. 필요하다면 사진을 여러 각도로 찍어 의무기록에 첨부하는 것이 좋다. 사진이 없다면 될 수 있는 대로 구체적으로 부위와 상태를 기록하는 것이 바람직하다.

(3) 치료기간

상해진단서를 받는 환자는 대개 치료기간에 관심을 둔다. 치료기간이 없으면 상해진단으로서 효력이 없다는 말이 있을 지경이다. 상해진단서를 사용하는 법관, 검사, 수사관, 보험회사 직원 등은 의학 지식이 없으므로 손상의 경중(輕重)을 치료 기간이 길고 짧음으로 판단하려고 한다. 치료기간이 길면 중한 손상이고 짧으면 경한 손상이라고 간주한다. 일견 그럴 듯하지만, 근본이 다르다.

치료기간은 의사가 적극적으로 지식과 기술, 의약품이나 시설을 사용하여 환자를 손상을 입기 전 상태로 회복하도록 하거나 적어도 병적인 상태로 고정되도록 하는 데 걸리는 시간이며 이른바 가료(加療) 기간과 같다. 중한 손상이 치료하기에 오래 걸리기는 하지만 치료에 걸리는 기간은 손상의 경중보다는 손상 받은 장기나 조직에 따라 다를 수 있다.

극단적인 예로 '외상성 비장(脾臟) 파열'(S36.0)은 응급수술을 하지 않으면 사망할 수도 있는 중한 손상이지만, 입원하여 응급으로 비장봉합술을 받더라도 진단서 작성 지침에 따르면 치료기간이 4주이고,[11] 생명에 위험이나 입원할 필요도 거의 없는 콜리스 골절(S52.5)은 7주에 해당한다.[12] 치료기간만으로 손상의 경중을 판단하려는 일반인들은 콜리스 골절이 비장 파열보다 더 중한 손상으로 간주하게 된다.

같은 손상일지라도 치료 방법에 따라 치료 기간이 다르고 환자의 나이나 신체 상태에 따라 치료 기간은 다를 수밖에 없다. 그런데도 현실은 상해진단서로 손상의 경중을 평가하려는 요구가 크다. 서로 다른 요구를 절충한 방법이 현재의 진단서 작성 지침에 있는 바와 같은 「상해진단서 작성을 위한 각 상병별 치료 기간」이다. 이 기준은 손상을 진단하면 당해 손상에는 일률적으로 한 가지 치료기간을 적용하도록 유도한다. 의학이 발전하면 재활의학이나 보철물 사용 등으로 명백하게 치료 기간을 줄이는 효과가 있지만, 이 기준에 있는 바와 같은 손상 자체의 치료기간은 영향을 받지 않는다. 불합리한 점이 적지 않지만 현실적으로 대안이 없으므로 이 기준을 유지하고 있다. 외국에 이와 같은 사례가 있다는 자료를 찾지 못하였다.

---

11) 실제로는 비장봉합술을 받고 1주 정도 입원하였다가 퇴원하면 특별히 "치료" 받을 일도 없다.

12) 어긋나지 않은 콜리스 골절은 석고붕대 고정으로 치료하며, 석고붕대 고정 이후에는 자연적인 치유를 기대하는데, 석고붕대로 고정하는 고정기간을 치료기간으로 간주한다. 특별한 치료 없이 치유하는 과정을 관찰하고 잘 치유되었으면 석고붕대를 풀고 (필요하면) 물리치료를 시행하지만 대개 물리치료 기간은 치료기간으로 간주하지 않는다.

(가) 치료 기간과 치유 기간

치료 기간이란 의사가 적극적으로 의학 지식과 기술 등을 사용하고 필요하면 의약품이나 시설을 사용하여 환자가 부상하기 전 상태로 돌이키거나 또는 부상 상태가 더 이상 개선되거나 악화하지 않도록, 즉 고정하도록 하는 데 걸리는 시간이다. 일반적으로 치유(治癒) 기간은 치료 없이 손상이 저절로 회복되는 기간이다. 일반적으로 치유 기간은 치료 기간보다 길다.

예를 들어 주먹으로 맞아서 얼굴에 멍이 들었다면, 특별히 치료할 필요가 없다. 저절로 낫기를 기대하는 수밖에 없는데, 만약 상해진단서 교부를 요구한다면, 치료기간이 2주일 수 있다. "치료"할 수 없는데 "치료기간"은 2주다. 엄격하게 말하자면 치료기간은 "0주, 다만 치유기간은 2주"라고 해야 한다. 현실에서 치료기간은 0주면 손상이 없는 것과 마찬가지로 취급한다. 그러니 손상이 있으면 무조건 치료기간을 1주 이상 기재해야 하는 어려움이 있다.

(나) 치료 기간의 시점

치료 기간의 시점(始點)은 손상을 받은 날을 기준으로 한다. 상해 연월일과 진단 연월일이 같으면 아무런 문제가 없으나, 손상을 입고 일정 기간이 지난 다음에 다른 의사에게 상해진단서 교부를 요구하면 치료기간을 상해 연월일을 시점으로 기재해야 할지 아니면 진단 연월일을 기준으로 해야 할지가 어렵다.

치료기간은 치료를 시작한 때부터 완료하는 때까지를 의미하므로, 그리고 현실적으로 상해진단서의 치료기간은 손상의 경중을 판단하는 기준으로 사용하므로 치료기간의 시점을 상해 연월일로 보고 진단서 작성 지침에 있는 치료기간을 그대로 적용하는 것이 바람직하다.

예를 들어 손허리뼈(metacarpal bone) 골절(S62.3), 이른바 권투선수 골절이 있는 환자가 부상한 때에 다른 의원에서 진료를 받은 지 2주가 지나 상해진단서 발급을 요구하였다면, 그리고 영상의학 검사 등으로 치유된 정도로 보아 환자의 진술에 합당하게 2주쯤 경과한 것으로 보인다면, 치료기간을 진단서 작성 지침에 있는 바와 같이 "5주"로 판단하되, "상해일부터 5주"라고 기재하거나 이미 2주가

지났으므로 “진단일부터 3주”라고 기재한다. 아마도 현장에서는 “상해일부터 5주”를 선호하리라고 본다.

치료기간이 지난 다음에 상해진단서를 교부하는 경우도 있다. 위 사례에서 이미 6주가 지난 다음에 찾아와 상해진단서를 요구하면 진단명은 “손허리뼈 골절, 치유 상태”라고 하고 치료기간은 “상해일부터 5주”라고 기재한다.

의료 현장에서는 손상을 입어 우선 치료를 받은 곳과 지속적으로 치료를 받는 의료기관이 다른 경우는 매우 흔하고, 진단서를 교부하는 의료인은 손상을 입은 당시에는 진료하지 않을 수 있다. 중요한 것은 의사의 판단이 적절한지 여부다.

대법원은 “비록 피고인(의사)이 위 진단서에 상해일로 기재된(상해일)에 위 A를 진찰한 바는 없다 하더라도 (진찰일)에 그를 직접 진찰하고 그 진찰 결과에 터잡아 그가 말하는 상해년월일과 그 상해년월일을 기준으로 한 향후치료기간을 기재한 진단서를 교부한 것인 이상 피고인의 위 행위를 의료법 제18조 제1항이 규정한 의사 자신이 진찰하지 않고 진단서를 교부한 행위라고는 할 수 없다”고 하였다.[13]

환자가 진술한 상해일과 의사가 진찰한 결과 상해일이 뚜렷하게 다르다고 인식하였으면서도 진단서에 환자가 진술한 대로 상해일을 기재하였다면 허위진단서작성죄가 성립할 수 있다.[14]

(다) 치료 완료

일반적으로 치료가 완료되는 기준은 완치(完治) 또는 전치(全治)다. 일반적으로는 완전히 회복되었다고 하려면 형태적으로나 기능적으로 원래의 상태로 돌아왔음을 의미하지만 엄격하게 생물학적으로는 원래 상태로 돌아올 수는 없고 근육세포나 신경세포는 재생할 수 없는 세포이고 치료로써 장기를 절제할 수도 있으며 재생하는 세포일지라도 피부에 흉터가 남는 것처럼 원래 상태로 돌아올 수 없는 경우가 대부분이다.

---

13) 대법원 1996.6.28. 선고 96도1013 판결

14) 수원지방법원 2011. 3. 25. 선고 2011고단365 판결. 문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학 2013;14(2):64쪽

치료가 완료되었음은 손상에 의한 형태나 기능이 회복될 대로 회복되었거나 증상이나 징후가 고정되는 때까지를 의미한다. 증후가 고정되면 신체장애(physical impairment)가 남을 수도 있지만 손상의 치료는 완료한 것으로 본다. 손상 치료가 끝나는 기간까지를 치료기간으로 보고, 그 후에 물리치료를 받거나 성형수술을 받거나 치아보철물을 설치하는 기간 등은 치료기간에 산입하지 않는다. 장기 적출이나 팔다리 절단, 뇌 손상 후 발생한 뇌전증(腦電症)처럼 손상의 결과로 생긴 신체장애의 치료 기간은 상해진단서의 치료기간에 포함하지 않는다.

(라) 치료기간과 치료 방법

치료기간은 치료하기에 필요한 기간을 예측한 것이므로 실제와는 다를 수 있다. 환자의 나이, 신체 상태, 치료 방법, 합병증 유무 등에 따라 실제 치료기간은 예측한 치료기간과 다를 수 있다. 그렇더라도 상해진단서의 치료기간은 미리 정한 기간을 적용하는 것이 현실적이다. 모순이 많지만 현실은 그러하다.

(마) 추가 진단과 재진단

추가 진단과 재진단은 혼동하기 쉬운 개념이다. 추가 진단은 애초에 진단한 손상에 대하여 치료기간이 달라질 만한 추가적인 소견이 발견되는 경우, 예를 들어 중대한 합병증 발생이 있을 때에 적용하며 단순히 원래 손상의 치료가 늦어지는 경우에는 적용하지 않는다.

재진단은 처음 진단할 때에는 발견하지 못한 다른 손상이 나중에 발견되었을 때에 적용한다. 예를 들어 처음에는 단순히 가슴을 맞아 멍든 정도라고 판단하여 "가슴 좌상"(S20)으로 "2주"라고 하였으나 2주가 지나 늑골 골절이 발견되었다면 재진단 하여 "늑골 단순 골절"(S22.3)의 치료기간으로 "상해일부터 4주"라고 한다.

(바) 중복 상해

손상이 여럿 있을 때에는 원칙적으로 가장 치료기간이 긴 손상을 기준으로 치료기간을 기재한다. 이것도 상해진단서의 모순이다. 상해진단서의 치료기간이 손상의 경중을 판단하는 기준으로 쓰임으로 치료기간을 일률적으로 적용하는 기준을 제시하였음에도, 멍든 손상이 여럿 있을 때 이를 더 중한 손상으로 평가할 수 있는 방법은 없고, 치료기간은 본디 개념으로 돌아와(멍든 손상은 하나든 여럿이든 치유되는 데 걸리는 기간은 같으므로) 멍이 하나일 경우와 마찬가지로 2주라고 기재할 수 있을 뿐이다.

여러 전문과목의 전문의가 따로 진단한 경우에도 한 과에서 종합하여 상해진단서를 작성함으로써 한 사람에게 있는 손상에 대하여 상해진단서가 여럿 교부되지 않아야 한다. 만약 다른 전문과목에서 진료가 필요한 상황이라면 상해진단서에 다른 과목의 진료나 진단이 필요하다는 점을 기재한다. 예를 들어 "치과적 문제는 포함하지 않음"이라거나 "정형외과적 상해만을 진단하였음"이라고 기재한다.

(4) 입원의 필요 여부

입원 여부를 결정할 절대적인 기준은 없다. 다만 다음과 같은 조건이라면 입원하여 치료를 받는 것이 원칙이다.

① 환자의 상병(傷病) 상태가 중하여 거동하기 어려운 경우

② 환자에게 적극적이고 전문적인 진료(예; 수술)를 수시로 해야 하는 경우

③ 환자를 지속적으로 관찰하여야 하는 경우

④ 감염의 위험이나 자살의 가능성으로부터 환자를 보호하거나, 반대로 전염병을 퍼뜨리거나 다른 사람을 해칠 위험이 있어서 격리하는 경우

⑤ 환자에게 절대적으로 안정이 필요한 경우

⑥ 의료 현장에서(어떤 원인으로든) 환자가 입원을 원하고, 입원실에 여유가 없는 등의 특별한 사정이 없다면 입원을 허락한다.

⑥의 조건을 적용한다면 “의학적으로 입원이 필요하다”고 보기는 어렵다.

대법원 판례[15]는 “입원이라 함은 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수 효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양 상태 및 섭취 음식물에 대한 관리가 필요한 경우, 약물 투여 처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것”이라 하였다.

(5) 외과적 수술 여부

수술은 기구를 사용하여 질병이나 손상 때문에 환자에게 생긴 병적 상태를 조사하거나 치료하는 조치(措置, technique)며, 신체의 기능이나 모양을 개선하거나 파열된 부분을 회복할 목적으로 시행한다. 구체적으로는 의사가 수술 기구를 사용하여 환자의 조직이나 장기를 적출(摘出), 절제(切除) 또는 절단(切斷)하는 행위다. 일부 절개(切開), 예를 들어 시험적 개복술(exploratory laparotomy)은 포함하지만, 단순한 절개(切開)와 흡인(吸引), 천자(穿刺)는 포함하지 않는다.

수술뿐 아니라 특별한 치료 방법을 적용해야 한다면, 그 내용을 기재할 수 있다.

(6) 합병증의 발생 가능 여부

일반적으로 상해진단서에서 사용하는 합병증(合倂症, complication)이란 원래 손상이 원인이 되어 생긴(續發한) 다른 질병을 의미한다. 본디 합병증이란 한 질병이나 손상에 관련하여 일어나는 다른 질병이고, 원래 상병이 원인인지 여부는 중요하지 않고 이어서 또는 동시에 나타난 것이면 합병증이라고 할 수 있다.

후유증(後遺症, sequela)은 치료가 끝난 뒤에도 원래 상병 때문에 남은 변형이나 기능 장애를 말한다. 주로 증상이 고정된 상태를 의미한다.

---

15) 대법원 2009.5.28. 선고 2008도4665호 판결

상해진단서에는 당해 상병 때문에 생길 가능성이 조금이라도 있는 합병증이나 후유증을 모두 기재하라는 취지는 아니고, 생길 가능성이 상당히 큰 합병증이나 후유증을 기재하는 것으로 충분하다.

(7) 통상 활동의 가능 여부

통상 활동이란 일상생활동작(ADLs, activities of daily living)과 사회생활을 의미한다. 일상생활동작 가운데 가장 기본적인(basic) 것은 먹기(씹고 삼키기), 목욕하기, 옷입기, 걷기, 배뇨-배변하기, 얼굴이나 몸 가꾸기 등을 의미한다. 보조구를 사용하면 일상생활동작이 가능한지 여부를 기재하는 것도 좋다.

한편 사회생활이 가능한지를 판단하는 일은 간단하지 않다. 일상생활동작은 가능하지만 출근이나 등교하기 어려운지 여부를 원하는 경우도 있다. "격무를 피해야 함"이라거나 "수형 생활을 영위하기 어려움" 등의 규범적인 판단을 하려면 매우 주의해야 한다. 특별한 사정이 없다면 규범적인 판단은 유보하는 것이 좋다.

(8) 식사의 가능 여부

의학적으로 판단하여 기재한다. "유동식을 권함", "식사는 소량 자주 해야 함" 등을 기재할 수 있다.

(9) 상해에 대한 소견

특별히 손상의 원인을 확인하거나 추정할 수 있다면, 여러 손상이 있고 생긴 시기가 다르거나, 환자의 진술과 일치하지 않은 손상의 특징이 있거나 하는 등의 소견을 기재한다.

다. 치료 기간의 기준

앞에서 설명한 바와 같이 손상의 치료 기간은 본디 의사가 의료행위를 시행함으로써 상해가 치유되는 데까지 걸리는 기간이어야 하지만, 현실에서는 손상이

아닌 상해의 경중 점수로 쓰이고 있다. 더욱이 치료 기간은 치료 방법이나 같은 손상 진단명일지라도 손상의 정도, 손상의 합병증 등에 따라 달라질 뿐 아니라 환자의 신체 상태, 치료 협조, 생활 태도, 의지(意志)처럼 주관적인 요소도 크게 작용하므로 크게 다를 수 있다. 그런데도 사회는 이를 일률적인 숫자(치료기간 週 수)로 표시하기를 원한다. 그 결과로 다른 나라에 유례가 없는 "상해진단서 작성을 위한 각 상병별 치료 기간"이 의사협회가 2003년 3월 펴낸「진단서 작성 지침」의 주요 내용이 되었다.

이 기준은 각 전문과목이 제시한 내용을 단순히 모으고 같은 손상임에도 차이가 있는 부분을 교정한 합의안이다. 이 정도도 매우 큰 발전이었다. 그렇더라도 과목마다 용어와 형식이 다르고 손상을 과목에 따라 분류한 것이 자칫 전문분야 영역으로 여겨지는 문제가 있다. 통일된 용어와 형식으로 위 기준을 조속히 개정하여야 한다.

8. 사망진단서(시체검안서)

가. 서론

(1) 사망의 증명

사망을 증명하는 서류를 발급하는 목적은 두 가지다. 첫째, 한 개인의 사망을 증명하는 일이다. 사망진단서로 동회나 면사무소, 구청에서 사망신고를 하면 비로소 그 사람은「법률적 사망」이 인정되어 개인의 법률적이나 사회적인 의무와 권리가 모두 없어진다. 사망신고와 더불어 시신을 매장하거나 화장하려면 사망진단서가 필요하다. 더불어 상속이나 보험 등의 처리에도 의사의 사망 진단이 필요하다. 둘째, 사망진단서는 사망원인 통계의 기초 자료가 된다. 사망원인 통계는 질병의 역학이나 예방, 보건 정책 수립, 다른 지역과 건강 정보를 비교할 수 있다. 즉 국민 보건이나 건강관리를 위한 보건정책 등을 수립하는 데에 기초 자료가 된다.

개인의 사망을 증명하는 일에는 사망원인이나 사망의 종류보다는 사망한 사람의 이름, 주민등록번호, 주소 같은 사항이 더 중요하고, 통계 자료에는 사망원인이 더 중요하다. 드물게 죽음이 수사의 대상이 된다면 사망의 종류가 더 중요하다.

사망을 증명하는 서류는 (1) 사망진단서와 (2) 시체검안서 두 가지다. 사망진단서는 의사가 진료한 환자의 사망원인을 자연사(自然死, natural death, 病死)로 판단한 때에 교부한다. 즉 의사가 진료하던 환자가 의사가 진료하던 질병으로 사망한 때에 당해 환자의 사망을 증명하는 진단서다. 대개 전체 사망의 85%가 이에 해당한다. 시체검안서는 ① 진료한 적이 없거나 ② 진료한 적이 있지만 진료하던 질환이 아닌 사망원인으로 사망하였거나 또는 ③ 질병이 아닌 사망원인 즉 외인사[16]일 때에 의사가 검안(檢案)하고 작성한다.

검안서(檢案書)는 본디 사람의 신체나 주검에 대하여 의학적으로 확인한 바를 기재한 문서다. 진단서가 현재 가지고 있는 질병이나 손상을 증명하는 문서인데 비하여 검안서는 상처 등의 흔적이나 상황을 조사하고 따지는 조사(調査)의 성격이 크므로 생체(生體)검안서와 시체(屍體)[17]검안서를 구별하여 두어야 한다는 견해도 있다.[18] 그러나 살아있는 사람에 대한 검안서는 진단서 또는 (신체)감정서와 다르지 않고, 의료법 시행규칙에서 정한 서식에 시체검안서는 사망진단서와 같이 사용하도록 서식을 정하였지만 생체검안서 서식은 없다. 생체검안서는 현실적으로 거의 교부하지 않고 그와 같은 성격의 의료문서로는 진단서 외에 신체감정서, 장애감정서 등이 대신한다. 특별히 언급이 없으면 검안서는 시체검안서만을 의미한다.

---

16) 외인사(外因死, unnatural death)는 질병이 아닌 원인〈외인〉의 죽음을 모두 일컫는다. 외인사에는 자살(自殺), 타살(他殺), 사고사(事故死)가 있다.

17) 죽은 사람의 몸을 일컫는 말로는 주검, 송장, 시체(屍體), 시(尸), 시신(屍身), 사체(死體), 유해(遺骸), 유골(遺骨)이 있다. 주검과 송장은 순 우리말인데 송장은 주검의 낮춘 말이다. 한자말로는 시체를 흔히 쓴다. 사체는 시체가 일본말로 모두 "したい"라고 부르고 같은 발음이면 쉬운 한자를 쓰는 일본말 습관에 따라 생긴 말이다. 실제로 일본에서는 屍體를 쓰지 않는다. 유해나 유골은 뼈를 의미한다.

18) 추호경. 허위진단서 작성죄에 관한 해석론적 고찰. 법조 2003;226:5-20

우리나라에는 검안서를 작성할 수 있는 주체의 자격을 달리 정하지 않았다. 의료법 제17조에 따르면 의료업에 종사하는 의사, 치과의사, 한의사가 모두 검안서를 작성할 수 있다. 검시 업무를 담당하는 국가기관, 예를 들어 과학수사연구원에 종사하는 의사는 의료업에 종사하지 않더라도 검안서는 교부할 수 있다. 외국에는 검시(檢屍, postmortem examination)를 담당하는 직책을 따로 두기도 한다. 미국의 Coroner's Office나 Medical Examiner's Office, 일본 주요 도시의 감찰의무원(監察医務院, Medical Examiner's Office)은 전문적으로 검시를 담당하는 기관이다.

우리나라에 발생하는 생명 관련 범죄의 양상이나 우리 사회의 인권(생명권)에 관한 요구를 비추어 볼 때, 법을 개정해서 검안서는 별도의 자격이 있거나 훈련을 받은 의사만 작성하도록 함이 타당하다.

(2) 마지막 진료

진료하던 환자가 최종 진료 시부터 48시간 이내에 사망하였다면 다시 진료(실제로는 주검을 검사)하지 않더라도 사망진단서를 교부할 수 있다. 이는 마지막 진료한 때에 질병의 예후로 보아 당해 질병으로 사망할 수 있을 것으로 추정한 환자가 예측한 바와 같은 사망원인으로 사망한 경우에 다시 진료하지 않아도 48시간이 지나지 않았다면 사망진단서를 교부할 수 있다는 의미이고, 진료하던 질병으로는 사망할 것으로 예상하지 않았는데 환자가 사망하였다면 사망진단서를 교부할 수 없다. 이때에는 검안하여야 한다. 퇴원 당시의 상병으로 사망할 것을 예상하였지만 최종 진료한 때부터 48시간을 초과하여 사망하였다면, 다시 주검을 보고 최종 진료한 때의 상병으로 사망하였음을 확인하고 사망진단서[19] 또는 시체검안서를 교부한다. 만약 진료하던 의사가 소속된 의료기관이 망인이 있는 곳과 멀리 떨어져 있는 등의 이유로 직접 검안하기가 어렵다면, 진료하던 의사는 소견서 등을 교부하고 검안한 의사는 검안한 소견에다가 소견서를 참고하여 시체검안서를 교부할 수 있다. "최종 진료 시(時)"는 의사와 환자가 마지막으로 얼굴을 맞댄 시각이라기보다는 환자가 의사의 관리·감독의 범위를 벗어난, 즉 병실이나 의료기관에서 퇴원한 시각이라고 본다.

---

19) 진단서 작성 지침(2003)에는 시체검안서만을 작성한다고 한 것은 법률을 좁게 해석한 것으로 본다. 의사가 사망원인을 확정하고 사망원인이 자연사에 해당하는 질병이라면 굳이 시체검안서를 교부할 필요는 없다.

(3) 서식

사망진단서와 시체검안서는 같은 서식(의료법 시행규칙 별지 제6호 서식)에 기재한다. 사망진단서를 교부할 때는 "(시체검안서)"를 두 줄로 긋고 날인하며, 시체검안서를 교부할 때는 사망진단서를 두 줄로 지우고 날인한다. 서식의 맨 아래에 있는 "위와 같이 진단(검안)함."도 마찬가지로 수정한다.

나. 사망진단서(시체검안서) 내용

(1) 신원 확인

사망진단서 서식에 있는 ① 성명 ② 성별 ③ 주민등록번호 ④ 실제 생년월일 ⑤ 직업 ⑥ 등록기준지 ⑦ 주소 등은 사망한 사람을 확인하는 내용이다. 의사는 확인한 대로 기재하면 된다. 주민등록증이나 병록(의무기록)으로 알 수 있는 내용을 그대로 기재한다.(표3)

응급실에 신원을 알 수 없는 주검이 왔다면 이름 등을 알 수 없으므로 "알 수 없음"으로 기재하거나 아니면 신원이 확인될 때까지 기다린다. 만약 별명만 안다면 예를 들어 "삼룡이(업소에서 부르는 이름)"라고 쓸 수 있다. 사망자 여럿이 한꺼번에 닥쳤다면 의무기록에 표시한 대로 쓰거나 신원이 확인될 때까지 기다려도 된다. 이름은 모르더라도 성별을 알 수 있으면 남녀 중에 한 칸에 표시한다. 실제 생년월일은 주민등록번호의 앞자리와 같으면 그대로, 다르면 실제 생년월일을 쓴다. 등록기준지는 이전에 '본적(本籍)'에 해당한다. 주소는 주민등록증에 있는 주소 또는 실제 주소를 쓴다.

표3. 신원 확인

<table>
<tr><td>① 성 명</td><td colspan="3"></td><td>② 성 별</td><td>[ ]남 [ ]여</td></tr>
<tr><td>③ 주민등록번호</td><td>-</td><td>④ 실제생년월일</td><td>년 월 일</td><td>⑤ 직 업</td><td></td></tr>
<tr><td>⑥ 등록 기준지</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>⑦ 주 소</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

(2) 발병 일시

발병 일시는 원사인(原死因, 뒤에 있는 '사망원인'에서 설명한다.)이 발병한 연월일이다. 발병(發病)이란 본디 상병(傷病)이 발생한 시점을 의미한다. 교통사고처럼 손상이 발생한 시각이나 갑자기 생긴 흉통으로 진단한 급성심근경색증은 발병한 때가 분명하지만, 만성 질환 대부분은 당해 질병이 생물학적으로 발생한 때를 정확하게 알 수는 없다. 예를 들어 내시경으로 위암을 진단하더라도 위암이 언제 발병하였는지를 알 수는 없다.

발병은 생물학적인 발병을 의미하는 것이 아니라 의료적(임상적) 발병이다. 예를 들어 3개월 전쯤부터 매우 피곤하였는데 오늘 간경변증으로 진단하였다면 발병일은 3개월 전이다. 두 달 전부터 소화가 잘 안되었는데 내시경으로 위암을 진단하였다면 발병일은 두 달 전이고, 아무런 증상이 없었는데 우연히 건강검진에서 위암이 발견되었다면 건강검진을 한 날이 발병일이다.

일시를 정확하게 알 수 있는 손상은 발병 일시를 24시간제에 따라 기재한다. 예를 들어 저녁 식사 후인 하오 8시 경에 가슴 통증을 호소하여 병원에 왔지만 결국 하오 11시에 사망하였다면 발병 일시는 "2014년 5월 15일 20시 00분 경"이라고 쓴다. 그렇지만 만성 질환이라면 "3개월 전"처럼 쓸 수밖에 없다.

(3) 사망 일시

의사가 입회하였다면 사망 일시를 정확하게 기재할 수 있다. 그러나 이미 사망한 채로 왔거나 검안을 하게 된다면, 가족이나 발견자, 119구급대의 진술에 따라 사망 시각을 판단하여야 한다. 진술한 바와 같은 사망 시각과 주검의 사후변화 사이에 모순이 없는지를 확인하고 진술한 대로 사망 시각을 "2014년 5월 15일 22시 00분(119구급대 진술에 의함)"이라고 기재한다. 더욱이 사망한 채로 발견되었다면 발견한 시각을 쓰고 "(목격자가 발견한 시각)"이라고만 기재한다. 물론 의무기록에 근거를 남겨야 한다.

사망 일시는 상속이나 보험에서 문제가 될 수도 있고 드물게 형사 사건에서 주요 쟁점이 될 수도 있다.

사망의 정의(定義)와 사망의 판단 기준은 다른데, 의사가 개인의 사망을 판단하는 기준은 ① 심폐기능 종지(心肺機能終止)와 ② 뇌사(腦死) 두 가지다. 모두 전제 사실로 반사(反射, reflex) 기능이 없어야 한다. 임상적으로는 심장과 폐의 기능이 모두 영원히 멎은 때를 기준으로 한다. 심장 기능은 혈압이나 맥박, 심전도 소견으로 확인하는데 심전도 검사가 가장 정확하다. 뇌사 판정은 매우 복잡하다. 「장기 등 이식에 관한 법률」과 그 시행령 별표1 기준에 따라 판정한다. 실제로 뇌사 판정이 필요한 때는 3% 미만이다.

임상적으로 심장과 폐의 기능이 모두 영원히 멎은 때를 당장 알기는 어렵다. 심장이 일시적으로 멎었다가 다시 뛰는 경우도 있고, 쇼크 상태에서는 맥박이나 혈압을 측정하기 어렵다. 호흡 기능도 체인-스토크스 호흡처럼 일시적으로 멎는 경우가 많다. 나중에 확인하였지만 돌이켜보아 완전히 멎은 때를 사망 시각으로 정한다. 대개는 5분 단위로 기재한다.

심폐소생술을 시행하였을 때에 사망 시각을 정하기가 어려울 수 있다. 의학 판단으로 심폐소생술을 시행하였지만 결국 소생하지 못하였다면 심폐소생술을 마친 때를 사망 시각으로 한다. 예를 들어 응급실에 도착하였을 때에 이미 사망하였지만 119구급대의 진술로는 조금 전까지 살아있었다면 당연히 심폐소생술을 시행한다. 다만 의무기록에는 “DOA; dead-on-arrival”였음을 기록하여야 한다. 때로 이미 사망한 지 오래 되었는데도 가족 등이 심폐소생술을 요구하고 그에 따라 심폐소생술을 시행하거나 또는 인공호흡기를 적용하기도 한다. 이때에는 의학 판단이 아니었으므로 사망 시각은 소생술 이전이어야 한다. 때로 교통사고로 사망하였지만 “지방에 있는 아들이 올 때까지 인공호흡기를 적용해 달라.”는 부탁을 받을 수 있다. 부탁을 수용하는 것과는 무관하게 심장 기능도 호흡 기능도 모두 정지하였으면 이미 사망한 것으로 판단한다.

심폐소생술 도중에 자발적인 심장박동이 돌아온다면(ROSC; Return of Spontaneous Circulation) 그전에 비록 심폐기능이 정지하였을지라도 환자는 생존하고 있었다.

(4) 사망 장소

사망 장소가 어디였는지에 따라 주택, 의료기관, 사회복지시설(양로원, 고아원 등), 공공시설(학교, 운동장 등), 도로, 상업・서비스 시설(상점, 호텔 등), 산업장, 농장(논밭, 축사, 양식장 등) 중 하나를 선택하고, 선택할 수 있는 장소가 없으면 기타를 선택하고 그 장소의 주소를 기재한다.

만약 사망한 장소와 발견한 장소가 일치하지 않는다고 생각하면 장소를 선택하고 발견한 장소의 주소를 기재하고 뒤에 "(발견 장소)"라고 덧붙인다. 병원에 이송 중에 사망하였다면 당시 구급차가 있었던 장소보다는 발견 장소를 기재하는 것이 바람직하다.

(5) 사망원인

사망원인(死因, COD; Cause of Death)은 "왜 사망하였는가?"에 해당하고, 의학적인 이유다. 사망원인에 해당하는 진단명은 한국표준질병・사인분류를 따라야 한다(의료법 시행규칙 제9조 제3항).(표4)

세계보건기구(WHO)가 정의한 바에 따르면, 사망원인이란 사망을 유발했거나 사망에 영향을 미친 모든 질병, 병태 및 손상과 모든 이러한 손상을 일으킨 사고 또는 폭력의 상황을 말한다.[20] 또 원사인(原死因; Underlying COD)은 (a) 직접 사망에 이르게 한 일련의 사건을 일으킨 질병이나 손상 또는 (b) 치명적 손상을 일으킨 사고나 폭력의 상황을 말한다.[21]

---

20) all those diseases, morbid conditions or injuries which either resulted in or contributed to death and the circumstances of the accidents or violence which produced any such injuries

21) (a) the disease of injury which initiated the train of events leading directly to death, or (b) the circumstances of the accident or violence which produced the fatal injury

표4. 사망의 원인

⑪ 사망의 원인 ※(나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다	(가)	직접 사인		발병부터 사망까지의 기간	
	(나)	(가)의 원인			
	(다)	(나)의 원인			
	(라)	(다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황				
	수술의사의 주요소견			수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견				

나라마다 사망진단서 서식은 다를 수 있지만 세계보건기구는 사망원인란을 세계 공통으로 만들도록 권유하였다.(표5) 사망원인은 크게 두 부분으로 나누어 제1부와 제2부를 두고 각 사인의 발병부터 사망까지의 기간을 기록하도록 하였다.

표5. WHO가 제안한 사망진단서의 사망원인란

Cause of Death		Approximate interval between onset and death
I Disease or condition directly leading to death*	(a) ______ due to (or as a consequence of)	______
Antecedent causes	(b) ______ due to (or as a consequence of)	______
Morbid conditions, if any, giving rise to the above causes, stating the underlying condition last	(c) ______ due to (or as a consequence of)	______ ______ ______
II Other significant conditions Contributing to the death, but not related to the disease or condition causing it	______ ______	______ ______
*This does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, asthenia, etc. It means the disease, injury, or complication which caused death.		

제1부에는 질병과 병태가 직접 사망에 이르게 한 경과를 순서대로 기록한다. 가장 나중에 사망을 초래한 상태(Immediate COD)를 첫줄 (가) 직접 사인에 기재한다. 이 칸은 반드시 기록해야 한다. 직접 사인으로 사망을 설명할 수 있으면 다른 칸은 비워도 상관없다. 예를 들어 바다에서 수영하다가 익사하였다면 직접 사인에 "익사"만 기록함으로써 충분하다. 대개 그러하듯 직접 사망에 이르게 된 경과를 설명하기 위하여 여러 진단명이 필요하다면 각 경과를 역순으로 한 칸에 한 진단명을 기록한다. 즉 직접사인의 원인을 (나) (가)의 원인에 기록하고, 다시 그 원인을 (다) (나)의 원인, 다시 그 원인을 아래 칸에 기재한다.[22] (나) (다) (라)에는 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 기재한다.

사망원인에는 질병, 손상, 사망의 외인을 기록할 수는 있지만 심장마비, 심장정지, 호흡부전, 심부전과 같은 사망의 양식(mode of death)은 기록할 수 없다. 만약 사망원인을 알 수 없다면 "불상(不詳)" 또는 "알 수 없음"(unknown)이라고 기록한다. 섣부르게 가능성 있는 진단명 또는 마음대로 추정한 진단명을 써서 범죄가 은폐되는 것보다 훨씬 낫다. 진단명은 한글로 쓴다. 영어 또는 영어 약어는 사용하지 않는다. 때로 사망원인의 4칸이 부족할 수도 있다. 더 칸을 늘일 수도 있지만 우선은 불필요한 용어나 사망의 양식을 없애는 것이 바람직하다.

발병부터 사망까지의 기간은 발병 시기를 고려해서 기간을 결정한다.(일반진단서의 발병 연월일 항 참조).

제2부에는 인과관계라는 측면에서 직접사인과 무관하지만 사망의 시기를 앞당기거나 사망의 과정을 촉진하는 등으로 사망에 관여한 질병 상태를 기록한다.

사망진단서의 사망원인란을 기록하는 과정을 예를 들어 설명하면 다음과 같다.

① 직접사인에 사망에 이르게 한 마지막 진단명 또는 합병증을 기록한다. 그리

22) 2000.10.21.에 서식을 개정하여 사망원인 칸을 넷으로 늘였을 때에도 직접사인, 중간선행사인, 선행사인이라고 표시하였다. 그 때문에 직접사인에 쓸 수 있는 진단명이 따로 있고, 반드시 선행사인에 쓸 수 있는 진단명이 따로 있다고 주장하기도 하였다. 세계보건기구의 권장을 보면 그렇지 않음을 단박에 알 수 있다. 2009.4.29.에 개정하면서 직접사인을 제외한 나머지 용어를 삭제하였다.

고 직접사인까지의 경과 또는 과정을 거슬러 환자가 사망의 과정을 시작한 상병까지를 기록한다.

② 이제 환자가 사망의 과정을 시작한 원사인을 가장 아래 칸에 기록한다.

③ 마지막으로 각 진단명에 대하여 발병부터 사망까지의 기간을 기록한다. 정확하게 기간을 알 수 없다면 가장 타당한 기간을 추정하여 기록한다. 대개 분, 시간, 일, 주, 개월, 년 단위를 쓴다.(표6)

진단명은 한 칸에 하나씩 명확하게 쓰되 약어는 사용하지 않는다.

최근에 수술을 받은 환자라면 수술 소견을 기록해야 한다. 부검을 했다면 부검 소견을 기재한다. 부검 결과가 나오기 전에 사망진단서(시체검안서)를 교부해야 하는 경우라면 부검을 했다는 사실을 기재하고, 그 결과에 따라서 사인이 달라질 수 있다는 사실을 기록하는 것이 좋다.

사망의 원인을 기재하는 방법에 관하여서는 뒤에서 다시 설명한다.

표6. 사망원인 사례

<table>
<tr><td rowspan="7">⑪ 사망의 원인

※(나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다</td><td>(가)</td><td>직접 사인</td><td>뇌출혈</td><td rowspan="4">발병부터 사망까지의 기간</td><td>4시간</td></tr>
<tr><td>(나)</td><td>(가)의 원인</td><td>뇌 전이암</td><td>4개월</td></tr>
<tr><td>(다)</td><td>(나)의 원인</td><td>유방암 (왼쪽)</td><td>5년</td></tr>
<tr><td>(라)</td><td>(다)의 원인</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황</td><td colspan="2">고혈압증(3년), 당뇨병(10년)</td></tr>
<tr><td colspan="2">수술의사의 주요소견</td><td></td><td>수술 연월일</td><td>년 월 일</td></tr>
<tr><td colspan="2">해부의사의 주요소견</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

미국(표7)과 일본(표8)도 세계보건기구의 권고를 수용하여 사망진단서 서식을 구성하였다.

표7. 미국 사망진단서의 사망원인란

<table>
<tr><td colspan="4">27. PART I. Enter the diseases, injuries, or complications that caused the death. Do not enter the mode of dying, such as cardiac or respiratory arrest, shock, or heart failure. List only one cause on each line.</td><td>Approximate Interval Between Onset and Death</td></tr>
<tr><td colspan="4">IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) → a. ____________</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Sequentially list conditions, if any, leading to immediate cause. Enter UNDERLYING CAUSE (Disease or injury that initiated events resulting in death) LAST
b. DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF): ____________
c. DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF): ____________
d. DUE TO (OR AS A CONSEQUENCE OF): ____________</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">PART II. Other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in Part I.</td><td>28a. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? (Yes or no)</td><td>28b. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE PRIOR TO COMPLETION OF CAUSE OF DEATH? (Yes or no)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">29. MANNER OF DEATH
☐ Natural ☐ Pending Investigation
☐ Accident ☐ Could not be Determined
☐ Suicide
☐ Homicide</td><td>30a. DATE OF INJURY (Month, Day, Year)</td><td>30b. TIME OF INJURY</td><td>30c. INJURY AT WORK? (Yes or no)</td><td>30d. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED</td></tr>
<tr><td colspan="2">30e. PLACE OF INJURY – At home, farm, street, factory, office building, etc. (Specify)</td><td colspan="2">30f. LOCATION (Street and Number or Rural Route Number, City or Town, State)</td></tr>
</table>

표8. 일본 사망진단서의 사망원인란

<table>
<tr><td rowspan="7">死亡の原因

◆ I 欄, II 欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全, 呼吸不全等は書かないでください

◆ I 欄では, 最も死亡に影響を与えた傷病名を醫學的因果關係の順番で書いてください

◆ I 欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください

ただし, 欄が不足する場合は(エ)欄に殘りを醫學的因果關係の順番で書いてください</td><td rowspan="4">I</td><td>(ア) 直接死因</td><td></td><td rowspan="5">發病(發症)又は傷病から死亡までの期間

◆ 年, 月, 日等の單位で書いてください

ただし, 1日未滿の場合は, 時, 分等の單位で書いてください
(例; 1年3か月, 5時間20分)</td><td></td></tr>
<tr><td>(イ) (ア)の原因</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(ウ) (イ)の原因</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>(エ) (ウ)の原因</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>II</td><td>直接には死亡に關係しないが I 欄の傷病經過に影響を及ぼした傷病名等</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>手術</td><td>1 無 2 有</td><td>部位及び主要所見</td><td>手術年月日</td><td>平成
昭和 年 月 日</td></tr>
<tr><td>解剖</td><td>1 無 2 有</td><td colspan="3">主要所見</td></tr>
</table>

(6) 사망의 종류

사망의 종류(Manner of Death)는 "어떻게?"에 해당하며 법률적 사망원인이라고도 한다. 사람이 자연사(병사) 하였다면 법이 개입할 이유가 거의 없다. 자연사가 아니라면, 즉 외인사라면 다시 자살인지 타살인지 사고사인지를 살펴야 하는데, 법이 개입하여 자살이 확실하면 더 개입할 여지가 없지만 타살이면 가해자 또는 살인자를 찾아 벌해야 한다. 사고사라면 즉 자기 과실이나 천재지변으로 사망한 것이 확실하면 법이 개입할 필요는 없지만 다른 사람의 과실 때문에 사망하였다면 사정은 달라진다.

사망의 종류는 대개 원사인에 따라 결정된다. 원사인이 외상이고 외상의 합병증으로 사망하였다면, 사망의 종류는 외상이 생긴 상황에 따라 자살, 타살, 사고사로 결정한다. 법의학에서는 사망의 종류를 결정할 때에 외인사인 줄은 알겠는데 자살, 타살, 사고사를 구별할 수 없으면[23] 분류 불능(Unclassified)이라고 하고, 병사와 외인사의 구별도 할 수 없으면[24] 불상(Undetermined)이라고 한다.

사망의 종류는 크게 (1) 병사 (2) 외인사로 나누고, 병사인지 외인사인지 알 수 없을 때에는 (3) 기타 및 불상에 표시한다. 병사라면 ⑬ **외인사 사항**에 더 표시하거나 기재할 내용은 없다. 외인사라면 그 **사고 종류**가 흔한 교통사고인지, 중독, 추락, 익사, 화재인지를 확인하여 선택하고 그 다음에 **의도성 여부**에 의도가 없는 사고 즉 자기 과실이나 천재지변, 다른 사람의 행위일지라도 살인이나 상해의 의도가 없는 행위에 의한 것인지, 아니면 자살이나 타살인지 여부를 선택한다. 사고인지 자살이나 타살인지를 구별할 수 없다면 미상을 선택한다. **사고 종류** 각각에 대해 사고, 자살, 타살이 다 성립할 수 있다.

사망원인이 질병임에도 사망의 종류가 외인사, 심지어 타살일 수도 있다. 폭행을 당한 노인에게 사망원인은 뇌출혈이었지만 뇌출혈이 폭행 이전에는 없었다가 폭행 때문에 심리적이거나 신체적으로 뇌출혈이 생겼다면, 폭행치사 또는 상해

23) 예를 들어 주검에 치명적인 상처가 있지만 그 손상이 자해인지 타해인지 아니면 우연한 사고인지 모르는 경우다.

24) 예를 들어 주검이 심하게 부패하였거나 훼손이 심하여 사망원인을 가늠할 수조차 없다면 당연히 병사인지 외인사인지를 구별하기 어렵다.

치사에 해당하는 타살일 수 있다. 이처럼 수사를 해야 알 수 있는 사망의 종류도 있는데, 이런 정도의 사례에서는 설사 의사가 사망의 종류를 잘못 선택하였을지라도 비난을 받지는 않는다. 다만 교통사고 손상의 합병증으로 사망하였음에도 병사를 선택하는 것은 적절하지 않다.

사고 발생 일시나 장소는 위에서 설명한 사망 일시나 사망 장소의 기재 방법과 같다.

표9. 사망의 종류와 외인사 사항

<table>
<tr><td colspan="2">⑫ 사망의 종류</td><td colspan="4">[ ]병사 [ ]외인사 [ ]기타 및 불상</td></tr>
<tr><td rowspan="4">⑬
외인사
사항</td><td>사고
종류</td><td colspan="2">[ ] 운수(교통) [ ] 중독 [ ] 추락
[ ] 익사 [ ] 화재 [ ] 기타( )</td><td>의도성
여 부</td><td>[ ] 비의도적 사고 [ ] 자살
[ ] 타살 [ ] 미상</td></tr>
<tr><td>사고발생
일시</td><td colspan="4">년 월 일 시 분(24시각제에 따름)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">사고발생
장소</td><td>주소</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>장소</td><td colspan="3">[ ] 주택 [ ]의료기관 [ ] 사회복지시설(양로원, 고아원 등)
[ ] 공공시설(학교, 운동장 등) [ ] 도로
[ ] 상업 · 서비스시설(상점, 호텔 등) [ ] 산업장
[ ] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [ ] 기타( )</td></tr>
</table>

(7) 병록번호, 연번호, 원본대조필

병록번호는 망인의 신원확인뿐 아니라 연번호와 함께 사망진단서나 시체검안서의 근거가 되는 의무기록과 관련이 있다. 사망진단서 등은 (심지어 두 세 해가 지난 상당히 오랜 뒤에) 그 근거를 확인하고자 하는 사례가 있으므로 의무기록에 사망진단서 등에 기재한 내용의 근거를 기록해야 한다. 의사가 모든 상황을 기억할 수는 없다.

원본대조필은 의료기관이 보관하고 있는 사망진단서와 같은 문서임을 증명하는 절차를 거쳤음을 의미한다.

병록번호는 의사가 직접 쓸 수도 있지만, 대개 연번호와 원본대조필과 함께 직원이 기재한다.

(8) 교부인의 자격

사망진단서 등의 서식 끝에는 “위와 같이 진단(검안)함”이 있고, 서식이 사망진단서면 “(검안)”을 두 줄로 긋고, 시체검안서면 “진단”을 지운다.

교부하는 의료인이 의사라면 의사에 동그랗게 표시하든, 나머지 치과의사와 한의사를 두 줄 그어 지우든, 아니면 아예 컴퓨터 서식에 다른 직종을 지워도 상관없다. 자격은 의사면 충분하다. 의사면허번호를 기재하여 확인한다. 굳이 ㅇㅇ과 전문의라고 쓸 필요는 없다.

사망진단서 서식은 유일하게 도장을 찍을 수도 있고 서명을 할 수도 있는 진단서다.

다. 사망원인 기재 방법

(1) 원사인과 선행사인은 다른가?

원사인(原死因, Underlying COD)은 결국 환자가 사망하게 된 궁극적인 원인, 즉 한마디로 환자가 사망한 원인을 대표하는 사인이다. 선행사인(先行死因, Antecedent COD)은 직접사인의 원인처럼 바로 뒤 결과를 초래한, 앞선 원인이라는 의미다. 결국 가장 최초의 선행사인이 원사인인 셈이다.

우리나라는 사망진단서 서식을 2009. 4. 29.에 개정하기 전에는 사망원인란에 직접사인, 중간선행사인, 선행(원)사인 등의 용어가 있었다. 이는 일본의 사망진단서 서식을 따랐던 것으로 추정한다. 일본은 1995년에 사망진단서 서식을 바꾸면서 세계보건기구의 권고를 수용하였다. 예전 사망진단서 서식을 오해하여 일부 의사들은 직접사인에 기록할 수 있는 진단명이 따로 있고, 중간선행사인 칸이나 선행사인 칸에 쓸 수 있는 진단명이 별도로 지정되었다고 생각하기도 하였으나 그렇지 않다. 사망원인은 직접사인부터 그 원인을 한 칸씩 아래에 하나씩 기록한다. 모든 칸을 다 채울 필요도 없다.

(2) 왜 사망원인란에는 칸이 여럿인가?

직접사인으로 사망의 과정을 모두 설명할 수 있으면, 즉 직접사인이 곧 원사인이면, 사망원인은 한 칸으로 충분하다. 예를 들어 목매 자살한 경우가 그러하다. “간암”도 그럴 수 있다. 그러나 대부분 사망의 과정은 단순하지 않다.

의료와 의학이 발전하면서 사망의 과정은 복잡해지고 때론 한 가지 사인으로 당해 죽음을 설명하기 어려운 경우도 있다. 특히 의료와 의학의 관심으로 본다면 비록 한 가지 주요 사망원인이 있을지라도 의료가 개입할 수 있는 여러 단계가 있다. 따라서 단순히 사망원인 하나만으로는 충분하지 않고 사망의 단계에 따른 의학적 상태를 밝히고자 하는 의도가 있다. 이는 공공의 목적도 있지만 의료 현장에서도 중요하다.

예를 들어 간암 진단을 받았다면 그 병으로 사망할 수 있고, 간암으로 사망하였다고 하면 이해하지 못할 바가 없다. 간암에 걸려서 치료 받는 과정에서 간 조직의 손상이 커서 간 기능부전(hepatic failure) 상태가 되고 결국 간성 혼수(hepatic encephalopathy)와 악액질(cachexia)로 사망하였다면, 직접사인을 간성 혼수라 하고, 그 원인을 간기능부전, 또 그 원인을 간암이라고 기재하면 된다. 만약 간암 환자가 식도정맥류 파열로 사망하였다면 대개의 과정은 ‘비(B)형 간염 → 만성 활동성 간염 → 간경변증 → 식도정맥류 파열 → 저용량성 쇼크 → 사망’일 수 있다. 그렇다면 직접사인을 저용량성 쇼크(hypovolemic shock)라 하고, 그 원인을 차례로 식도정맥류, 간경변증, B형 간염이라고 기재하면 된다. 이때에 간암은 식도정맥류와 직접 인과관계가 없으므로 사망원인에는 기재하지 않고 그 밖의 신체 상황에 쓴다. 앞 사례의 환자는 간암으로 사망하였고 사망원인 통계에도 간암으로 등록되며, 뒤 사례는 간경변증으로 파악하는 것이 옳다. 암과 간경변증이 각각 원사인(原死因, Underlying COD)이다.

사망의 과정을 여러 단계로 나누어 파악함으로써 의료와 의학에서 대처하고 치료할 대상의 수준과 단계를 파악할 필요가 있다. 요컨대 간암 환자에서 간 기

능부전이나 간성 혼수, 악액질 등이, 그리고 간경변증 환자에서는 식도정맥류, 쇼크 등이 의사들이 대처해야 할 목표가 된다. 그래서 사망진단서는 사망의 원인을 기재하는 칸을 여럿 두었다고 본다.

(3) 원사인 결정

앞에서 식도정맥류 파열로 사망한 사례를 예로 들면서 원사인을 'B형 간염'이라고 하였지만, 다른 주장도 있다.

사망원인은 의학적 개념이지만 사회적 개념을 무시할 수 없다. 사망원인은 사망에 이르게 한 일련의 과정을 증명하는 것이지 질병의 인과관계만을 의학적으로 설명하는 것은 아니다. 즉 'B형 간염'이나 '만성 간염'의 단계는 비록 질병이 있었지만 사회 활동을 정상적으로 영위하는 수준이었으므로 사망원인에 포함할 수 없으며, 환자가 사망의 과정을 시작한 단계는 간경변증(엄격하게는 간경변증의 초기는 아니고 간경변증의 말기)이었다고 본다. 따라서 원사인은 간경변증이어야 한다는 주장이 더욱 타당하다.

만약 'B형 간염'이 교통사고로 다쳐서 수혈하는 과정에서 감염되었다면, 원사인은 '보행자교통사고'라고 해야 하지 않을까?

(4) 직접사인 결정

위 식도정맥류 파열 사례에서 직접사인을 '저용량성 쇼크'라고 했으나 역시 '저용량성 쇼크'는 식도정맥류 파열로 짧은 시간에 사망한다면 피할 수 없는 당연한 과정이므로 직접사인은 '식도정맥류 파열'이어야 한다는 주장이 있다.

만약 '저용량성 쇼크'가 직접사인이라면, 그 다음에 나타난 여러 장기 기능부전, 뇌간의 저산소증, 호흡중추 마비 등도 직접사인이 될 수 있다는 주장도 설득력이 있다.

직접사인은 진단명 또는 주요 합병증으로 국한한다.

(5) 사망원인: 불상

사망원인을 알 수 없으면 '불상'(不祥) 또는 '알 수 없음'으로 기록한다. 지나친 추측으로 객관적인 근거가 없는데도 사망원인을 추정하는 것은 옳지 않다. 자칫 범죄 은폐를 의사가 도와주는 결과를 초래한다.

한편 사망원인을 불상으로 기재하면 사망신고와 매장(埋葬) 또는 화장(火葬) 등의 장례 절차를 진행하기에 앞서 변사자로 신고해야(의료법 제26조) 하고, 변사자로 신고하면 변사자로 수사를 거쳐야 할 수 있다. 범죄 은폐와 장례 불편의 양 극단 사이에서 의사의 재량권을 제대로 행사하여야 한다.

가장 흔한 사례로서 노인이 어느 날 갑자기 사망하는 경우다. 흔히 사망원인을 노쇠(老衰, senility; R54)로 기록하여 사망진단서를 교부한다. 원칙적으로 한국표준질병·사인분류번호 중 「R00-R99 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견」은 사망원인으로 적절하지 않다. 노인이 노쇠하지 않았다면 오히려 그것이 비정상이다.

비록 노인이 갑자기 사망하였을지라도 병력을 살피면 진단의 실마리를 찾을 수 있다. 예를 들어 "보름 전부터 오른쪽 팔다리를 잘 못쓰고 기운이 없어 한다."면 왼쪽 뇌경색을 의심할 수 있고, "어제 저녁까지 아무런 일이 없었는데, 아침에 일어나 보니 돌아가셨다. 토한 흔적이 있다."면 급성 뇌출혈을 의심할 수 있다. 만약 "전혀 아무렇지도 않았는데 아침에 돌아가신 채로 발견되었다"면 동맥경화성 심혈관 질환, 급성 허혈성 심장 질환, 급성 심근경색증 등을 의심할 수 있다. 더욱이 노인들은 심한 감염증이 있음에도 발열과 같은 증상 없이 "며칠 식사를 잘 못하시더니" 갑자기 사망할 수도 있다.

요컨대 범죄의 의심이 있다면 함부로 사망원인을 추정해서는 안 되고, 의사의 지나친 결벽증 때문에 장례 절차를 불편하게 해서도 안 된다. 의사의 재량권을 행사하기가 쉽지 않다.

(6) 사망진단서에서 보는 흔한 잘못

(가) 불확실한 병명

'노환', '노쇠'는 나이가 들면 모든 사람에 나타나는 신체의 상태 또는 「R00-R99 달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상 소견」이다. 사망원인에 기재할 진단명이 될 수 없다. 그 외에 불확실한 병명으로 흔히 쓰는 것은 다음과 같다.

표10. 흔히 쓰는 불명확한 병명

교통사고	보행자교통사고, 탑승자교통사고, 자전거 탑승자 손상 등 사고 상황을 구체적으로 밝힌다.
알코올 (약물) 중독	급성-만성 여부를 밝힌다.
수술 합병증	수술을 받은 상병을 밝힌다.
치매	알츠하이머병, 혈관성, 노인성 등을 구별한다.
경색증	경색의 부위(뇌, 심장), 원인(동맥경화증, 혈전증, 색전증)을 밝힌다.
감염증	감염 부위, 원인(세균, 바이러스 등), 원발성-이차성 여부(이차성이면 원발 부위)를 밝힌다.
백혈병	급성-아급성-만성, 림프구성-골수성-단핵구성 등을 밝힌다.
폐렴	세균성-바이러스성-흡입성 등을 구별한다.
폐색전증	원인을 밝힌다. 수술 후 안정 때문에 생긴 것이라면 수술한 상병명과 수술 이름을 밝힌다.
신부전증	급성-만성 여부, 원인 등을 밝힌다.
혈전증	동맥-정맥 여부, 구체적인 혈관 이름, 수술 후에 생긴 것이라면 본디 상병과 수술 이름을 밝힌다.
종양	악성-양성, 발생 부위, 원발성-전이성, 조직학적 분류 등을 밝힌다.
요로감염증	구체적인 부위(콩팥, 요로, 방광, 요도 등), 원인 미생물, 원인 질환 등을 밝힌다.

(나) 원인을 모르는 직접사인만 기재

'위장관 출혈'(K92.2)이나 '흡인성 폐렴'(J69.0) 등의 직접사인만을 기재하고, 그 원인을 기재하지 않은 경우가 있다. 직접사인을 유발한 원인, 예컨대 '식도정맥류 파열'(I85.0), '뇌경색'(I63.3)처럼 각각의 원인을 기재하여야 한다.

위장관 출혈의 원인을 찾을 수 없었다면 '위장관 출혈'로 기록할 수밖에 없다. 비록 식도정맥류를 확인하지 못하였더라도 '간경화증'(K74.1)을 진단 받았다면, 그리고 갑자기 토혈 증상을 보였다면 당연히 식도정맥류를 진단할 수 있다.

아무런 선행 원인 없이 '흡인성 폐렴'이 있기는 어렵다. 먼저 다른 상병이 있어야 생길 수 있다. 당연히 뇌경색증이나 급성 알코올 중독증, 뇌좌상 등의 선행사인을 기록하여야 한다.

패혈성 쇼크, 파종성 혈관내 응고증 등도 그렇다.

(다) 인과관계 오류

사망진단서 서식에는 직접사인을 가장 위 칸에 기재하고 그 원인을 아래 칸에 기재하여야 한다. 인과관계란 병리학적으로 명백한 원인과 결과 관계인 것은 물론 상병의 경과에서 가능한 원인과 결과를 포함한다. 예를 들어 직장암이 간에 전이한 것은 병리학적인 인과관계가 있다고 할 수 있고, '뇌경색증'으로 의식 상태가 좋지 않은 환자에서 '흡인성 폐렴'이 발생한 것은 질병의 경과에서 합병한 것이므로 역시 인과관계가 있다.

직접사인에 '뇌경색증'을 쓰고 그 아래에 '흡인성 폐렴'을 쓰면, 인과관계가 바뀌어서 '흡인성 폐렴'이 '뇌경색증'의 원인이 된다. 또는 직접사인에 '좁쌀결핵'(속립성 결핵, miliary tuberculosis; A19.0)을 쓰고 그 아래에 '합병증을 동반한 당뇨병'(E10.8)을 쓰면 의학적으로 인과관계가 없는 질병을 기록한 잘못이 있을 뿐더러 사망 통계에는 당뇨병으로 사망한 것으로 취급될 수 있다.

(라) 심장정지, 호흡정지, 심장마비 등

사망진단서에서 가장 흔한 오류 가운데 하나가 직접사인으로 죽음의 현상을

기재한 것이다. 사망하면 당연히 나타나는 현상은 사망의 증세라고 할 수 있고, 절대로 사망원인이 될 수 없다. 대개는 사망원인의 개념을 잘못 이해함으로써 생긴 오류이며, 자칫 진실한 사망원인을 확인하지 못하도록 방해하는 결과를 초래한다.

일반인들은 물론 의료인들도 '급성 심장사'(I46.1)를 '심장 마비'로 잘못 표현하기도 한다. 의사는 구체적으로 급성 심장사 또는 더 정확하게 '급성심근경색증'(I22), '기타 급성 허혈성 심장질환'(I24) 등을 고려할 필요가 있다.

(마) 사고의 종류를 알 수 없는 외인사

의사가 사고의 종류를 알 수 없는 경우에 손상의 상황을 기재하지 않는 경우가 있다. 사망의 원인 밑에 있는 '외인사의 추가 사항'에 대해서도 알고 있는 만큼 그리고 합리적으로 판단한 만큼을 기재하여야 한다.

(바) 한 칸에 두 개 이상의 사망원인

사망원인의 칸에는 한 가지 진단명을 기재한다. 여러 가지 합병증이 발생하였더라도 사망의 과정을 요약하여 가장 중요한 진단명을 기록한다. 여러 곳에 손상이 있으면, '다발성 장기 손상'이라고 기재하고 괄호 속에 손상 받은 장기를 열거한다.

9. 출생증명서

사람은 출생 신고를 함으로써 비로소 법률적으로 권리와 의무를 가진 국민이 된다. 출생을 증명할 수 있는 자격은 의사 · 한의사 · 조산사이고(의료법 제17조 제2항), 출생증명서는 의료법 시행규칙 별지 제7호 서식을 따른다.

세계보건기구의 정의에 따르면, "출생(live birth)이라 함은 임신 기간에 관계없이 수태에 의한 생성물이 그 모체로부터 완전히 만출 또는 적출되는 것으로서 이러한 분리 후에 탯줄의 절단이나 태반의 부착 여하에 관계없이, 태아가 숨을 쉬거나 심장의 고동, 탯줄의 박동 또는 수의근의 명확한 운동과 같이 어떤

다른 생명의 징표라도 나타내는 경우를 말한다. 이러한 출산의 각 생성물을 출생으로 본다.” 요컨대 모체로부터 완전히 배출(娩出)되어 생명의 징후를 보이는 상태다.

민법 제3조에 “사람은 생존한 동안 권리와 의무의 주체가 된다.”고 하였다. 사법(私法)에서 권리와 의무의 주체가 되는 지위(이를 ‘권리능력’ 또는 ‘법적 인격’이라 함)는 출생함으로써 취득한다고 정하였다. 민법의 규정은 사권(私權)의 향유를 의미하는데, 단순히 사법에서 권리 관계나 공법 관계뿐 아니라 모든 분야의 법률관계에 타당하고 보편적인 원칙이라고 본다.

사람의 출생이란 ‘분만’이라는 일련의 생리적 과정이 종료됨으로써 완성되지만,[25] 법률에서는 출생의 시점을 확정할 필요가 있다. 출생으로 ‘태아’(胎兒)는 ‘사람’(人)이 되고 출생신고 기간의 개시(호적법 제49조)부터 나이를 정하고 성년에 이르는 시점(민법 제4조), 피상속인의 요건 충족 등 여러 가지 법률관계에서 중대한 영향을 미친다.

출생 기준에 관하여서는 분만이 시작되어 진통이 시작한 시기를 출생으로 보는 설(陣痛說 또는 分娩開始說; 형법의 통설), 태아가 모체로부터 일부라도 노출되는 시기를 출생으로 보는 설(一部露出說; 구 형법의 통설), 모체로부터 완전히 분리되는 시기를 출생으로 보는 설(全部露出說; 민법의 통설), 독립적으로 호흡을 시작한 시기를 출생으로 보는 설(獨立呼吸說) 등이 있다.

형법에서는 진통설이 통설이라고 해석하는 것이 타당하다.[26] 자연분만에서는 진통의 시작이 분만의 개시이며, 제왕절개수술로 분만하는 경우에는 칼을 몸에 대는 순간을 분만의 개시라고 본다.

---

25) 분만은 3단계로 나눈다. 제1기는 진통의 시작부터 자궁목(子宮頸管)이 완전히 열리는 (약 10 cm) 시기까지이다. 제2기는 자궁목이 완전히 확장된 때부터 태아의 분만까지이며, 제3기는 태반이 만출되는 때까지이다. 출생의 시점으로 고려하는 분만의 종료는 제2기가 끝나는 때이다.

26) 진통(陣痛, labor pain)은 가진통(假陣痛, false labor pain)과 구별한다. 가진통은 진통이 있기 전에 불규칙한 자궁 수축에 동반되는 통증으로 진통과는 다르다. 진통은 점점 잦아지고 점점 강해지며 일반적인 진통제(鎭痛劑)로도 소실되지 않는 통증이다. 진통의 시작이 분만의 시작이라고 본다.

그러나 민법에서는 전부노출설이 통설이고 또는 호흡개시 전이라도 살아서 모체로부터 완전히 분리되었다면,[27] 그 시점에 출생하였다고 해석한다.

10. 사산(사태)증명서

의학적으로는 사산(死産)과 사태(死胎)를 구별하지 않는다. 세계보건기구의 정의에 따르면, 태아 사망(fetal death) 또는 사산 태아(deadborn fetus)에서 "태아의 사망이라 함은 임신기간에 관계없이 수태에 의한 생성물이 그 모체로부터 완전히 만출 또는 적출되기 전에 사망하는 경우를 말한다; 사망은 이러한 분리 후에 태아가 숨을 쉬지 않거나 심장의 고동, 탯줄의 박동 또는 수의근의 명확한 운동과 같이 어떤 다른 생명의 징표도 나타내지 않는 사실로써 알 수 있다."고 하였다.

사산증명서는 의사가 진료 중이던 임부가 임신 4개월 이상 된 태아를 사산하였을 때 발부하는 증명서이고, 자신이 진료하지 않았거나 사산아를 검안한 경우에는 사태증명서(의료법 시행규칙 별지 제8호 서식)를 작성한다. 4개월 미만이 확실한 태아는 적출물에 해당한다고 본다.

'사산의 종별'에서 '임신인공중절'은 사산을 목적으로 인공적인 조치(기계, 약제 또는 둘 다 사용)를 함으로써 사산한 경우를 의미하며, '1. 자연사산'이란 사산을 목적으로 인공적인 조치를 하지 않았음에도 사산한 경우를 의미한다. 따라서 다른 목적의 투약이나 수술에 의하여 사산한 경우도 자연사산이다. 특히 출생의 목적으로 분만 유도 중에 사산하거나 태아 사망 후에 인공적 조치를 가한 것도 자연 사산이다.

11. 소견서

소견서에는 특별한 서식이나 기준이 없다. 의료현장에서는 진단서 발급 비용보다 싸다는 이유로 소견서나 진료확인서처럼 진단서를 대신하는 증명서를 교부

27) 완전히 분리되었음은 태아 자체가 모체로부터 만출(娩出)한 것이며 태반까지 만출되었음을 요구하지는 않는다.

해 달라고 요구하는 경우가 많다. 의사들도 진단서에 비하여 이들 증명서는 진단서가 아니므로 「허위진단서 작성 죄」에 해당하지 않을 것으로 간주하고 교부하기도 한다. 그러나 소견서도 법적으로는 진단서나 상해진단서와 같은 효력을 갖는다. 의사가 타인을 진료하고 얻은 의학적 판단은 서식이 다르다고 해서 달라진다고 보지 않기 때문이다. 따라서 소견서를 작성할 때에도 진단서를 작성하는 기준에 따라 작성해야 한다.

12. 감정서

감정서에는 후유장애[28]를 평가하는 신체감정서를 비롯하여, 연령감정서, 부검감정서, 친자감정서, 정신상태감정서, 성범죄에 관한 감정서, 의료과오에 관한 감정서, 성별감정서 등이 있다. 감정서에는 특별한 서식이 없으며 감정을 한 대상이나 목적에 따라 감정인이 적절한 형식을 만들어 작성한다. 주로 신체감정서에 대하여 짧게 언급한다.

교통사고나 산업재해에 따른 후유장애를 평가하는 후유장애진단서나 장애보상청구서의 진단서, 공무원연금과 관련된 장애진단서 등은 일종의 신체감정서이고, 각각 해당 기관에서 만든 서식에 따라 작성한다. 신체감정서에서 가장 중요한 내용은 장애의 종류와 정도이다(신체장애, impairment). 장애의 종류와 정도에 따라 장애자는 사회적 요구를 충족할 수 없는 부분이 있다(능력감퇴, disability). 특히 같은 신체장애라도 직업에 따라 능력감퇴의 정도는 다르다. 이를 노동능력상실률이라고도 한다. 이처럼 능력이 감퇴된 정도를 바탕으로 사회적 불이익(handicap) 또는 소득이 감퇴한다.

---

28) 신체장애를 장해(障害)로 표현하는 경우가 있다. 이는 일본말로는 장해와 장애(障礙 또는 障碍)가 발음이 같은데, 발음이 같으면 유사한 한자를 차용하는 일본의 영향을 받아 법률 용어 등에서 장애 대신에 장해를 썼기 때문이다. 지금은 쓰지 않는 불구(不具)라는 용어를 장애로 대체한다. 장애는 이미 장애자(障碍者) 등의 용어로 널리 쓰고 있다. 한편 후유장애라 하면 당연히 신체적인(또는 정신적인) 장애를 모두 일컫지만, 단순히 '장애'라고 하면 신체장애(physical impairment)와 기능장애(functional disturbance)가 있으므로, 혼동을 피하기 위해서는 신체장애라고 표현하는 것이 좋다.

법률에서는 소득 감퇴를 평가하기 위하여 노동능력상실률이 얼마인지를 묻는 경우가 많다. 우리나라에서는 노동능력상실률을 평가하는 자료로서 정형외과 의사인 맥브라이드(McBride)가 낸 「능력감퇴 평가」(Disability Evaluation and Principles of Treatment of Compensable Injuries)를 참고한다(이른바 "맥브라이드법"). 이 책은 1936년에 첫 출간하였고, 1963년에 제6판을 끝으로 절판하였다. 따라서 우리나라에서는 1960년대의 자료를 널리 이용하고 있는 실정이다. 의료의 발전과 의학의 발달에 비하여 너무 오래된 자료이고, 정형외과적인 문제는 비교적 자세하고 다른 분야는 소홀한 단점 말고도, 한시적 장애와 영구적 장애의 구별이 없다는 등의 단점이 있으나, 가장 널리 쓰고 있다.

미국의사협회(AMA)는 「신체장애의 평가 지침」(Guides to the Evaluation of Permanent Impairment)으로 신체장애를 평가한다(이른바 "AMA법"). 이 책은 이미 제6판이 출간되었다.

대한의학회는 2001년에 미국의사협회 지침을 참고하여 「장애평가기준」을 발간하였다. 앞으로 개정과 개선을 통하여 우리 현실에 적절한 신체장애 평가 기준으로 자리 잡을 것으로 기대한다.

장애를 평가할 때에는 환자의 주관적인 증상에 치우치지 않도록 하고 객관적인 근거를 찾아야 한다. 즉 이때에는 환자-의사 사이가 아니라, 법적으로 감정인-피감정인의 관계라는 점을 명심해야 한다. 그렇지 않으면 공평성과 공정성을 유지하기 어렵다.

장애 평가에 관한 국내 자료로는 근로기준법, 산업재해보상보험법, 국가배상법, 자동차손해배상보장법에서 사용하는 신체장해등급표가 있는데, 거의 비슷한 내용을 담고 있다. 즉 신체장애를 15 부위로 나누고 기질적인 장애와 기능적인 장애로 분류한 다음에, 장애 정도에 따라 14등급과 129호(산업재해보상보험법에는 133호)로 분류한다.

13. 기타 증명서

우리나라 법률에 의사의 진단이 필요한 경우는 얼핏 망라하여도 200개가 넘는다. 일일이 열거할 수 없지만, 서식은 법에서 정한 것도 있고 달리 서식은 없되 포함할 내용을 열거한 것도 있으며 특별한 내용을 언급하지 않은 것도 있다. 특별히 서식을 정하지 않은 증명서 등은 대한의사협회가 일일이 필요한 서식을 수집하거나 제작하여 갖추고 있으므로 대한의사협회가 마련한 표준안을 참고로 작성하면 된다.

어떤 종류의 증명서나 진단서, 검안서, 소견서, 감정서든 의사가 사람을 진찰하고 검사하여 의학적으로 판단한 서류라면 진단서라고 볼 수 있고 내용의 진실성(眞實性)이 가장 중요한 요소다.

[부록 I] 상해진단서 작성을 위한 각 상병별 치료기간

1. 정형외과
2. 신경외과
3. 외　　과
4. 흉부외과
5. 비뇨기과
6. 안　　과
7. 이비인후과
8. 산부인과

1. 정형외과(整形外科)

(기간단위 : 주)

상 병 명	상 병 번 호	고 정 기 간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
표재성(얕은) 손상(Superficial Injury) - 타박상(Contusion) 포함		1	2	3	3	4
✤ 목, 목뼈(경추부, Neck)	S10					
✤ 가슴(흉곽, Chest, Thorax)	S20					
✤ 골반(Pelvis)	S30					
✤ 어깨(견)관절 및 위팔(상완부) (Shoulder & Upper Arm)	S40					
✤ 팔꿈(주)관절 및 아래팔(전완부) (Elbow & Forearm)	S50					
✤ 손목 및 손(Wrist & Hand)	S60					
✤ 볼기 및 넓적다리(대퇴부)(Hip & Thigh)	S70					
✤ 무릎 및 종아리 (Knee & Lower Leg)	S80					
✤ 발목 및 발(Ankle & Foot)	S90					
찢긴상처와 열린상처(열상 및 개방성, Laceration & Open wound)		1	2	3	3	4
✤ 목(Neck)	S11					
✤ 가슴(Chest, Thorax)	S21					
✤ 골반(Pelvis)	S31					
✤ 어깨 및 위팔(Shoulder & Upper Arm)	S41					
✤ 팔꿈치 및 아래팔(Elbow & Forearm)	S51					
✤ 손목 및 손(Wrist & Hand)	S61					
✤ 볼기 및 넓적다리(Hip & Thigh)	S71					
✤ 무릎 및 종아리(Knee & Lower Leg)	S81					
✤ 발목 및 발(Ankle & Foot)	S91					
근육파열 (Muscle Rupture)		2	3	4	6	8

상 병 명	상병 번호	고정기간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
힘줄 파열(건 손상) (Tendon Rupture)						
✤ 손가락 굽힘근힘줄(수지 골곡건, Finger Flexor)	S66.0	3	4	5	6	8
✤ 손가락 폄근힘줄(수지 신전건, Finger Extensor)	S66.2	3	4	5	5	6
✤ 근육둘레띠힘줄(회전근개건, Tendon of Rotator Cuff)	S46.0	3	4	5	10	12
✤ 발가락 굽힘근힘줄(족지 굴곡건, Toe Flexor)	S96.0	3	4	5	6	8
✤ 발가락 폄근힘줄(족지 신전건, Toe Extesor)	S96.1	3	4	5	5	6
✤ 발꿈치힘줄(아킬레스건, Achilles Tendon)	S86.0	6	8	10	14	24
✤ 넙다리네갈래근힘줄(대퇴사두건, Quadriceps Tendon)	S76.1	4	6	8	10	12
✤ 무릎인대(슬개건, Patella Ligament)	S83.6	6	8	10	10	12
삠(염좌) 및 긴장(SPRAIN & STRAIN)						
팔(상지)						
✤ 어깨(Shoulder)	S43.4	1	2	3	4	5
✤ 팔꿉(Elbow)	S53.4	1	2	3	3	4
✤ 손목(Wrist)	S63.5	1	2	3	4	5
✤ 손(Hand)						
- 손목 및 손목뼈 인대의 외상성 파열	S63.3	1	2	3	3	4
- 손의 염좌 및 긴장	S63.7	1	2	3	3	4
다리(하지)						
✤ 엉덩관절(고관절부, Hip)	S70.0	1	2	3	4	5
✤ 무릎(Knee)						
- 삠(Sprain)	S83.6	1	2	3	4	5
- 인대파열(Ligament Ruptere)						
1) 내측, 외측부 인대(Med & Lat. Collateral Lig.)	S83.4	3	6	8	12	20
2) 전·후방 십자인대(Ant. & Post. Cruciate Lig.)	S83.5	4	6	8	12	24
3) 복합된 인대파열(회전 불안정이 있는 것)	S83.7	6	8	10	16	24
- 연골판 파열(반달연골 째짐, Meniscus Tear)	S83.2	6	7	8	10	12

상 병 명	상병 번호	고정기간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
✤ 발목관절(Ankle)						
- 삠(Sprain)	S93.4	1	2	3	4	5
- 인대파열(Ligament Rupture)	S93.2	3	4	6	8	10
✤ 발 및 발가락(Foot & Toe)	S93.1	1	2	3	3	4
등(배부) 및 척주(Back & Spine)						
✤ 목뼈(경추, Cervical Spine)	S13.4					
✤ 등뼈(흉추, Thoracic Spine)	S23.3					
✤ 허리 엉치뼈(요천추, Lumbosacral Spine)	S33.5					
- 삠 및 긴장		1	2	3	4	7
- 근육 및 인대파열(Muscle or Ligament Rupture)		2	4	6	6	8
골절(FRACTURE)						
빗장뼈(쇄골, Clavicle)	S42.0	6	7	8	12	14
어깨뼈(견갑골, Scapula)	S42.1					
✤ 목(Neck)		5	6	7	8	12
✤ 몸통 및 가시돌기(극) (Body & Spinous process)		3	6	7	6	8
✤ 관절오목(관절와, Glenoid)		4	6	8	8	10
✤ 봉우리(견봉, Acromion)		4	5	6	8	10
✤ 부리돌기(오구돌기, Coracoid Process)		4	5	6	8	9
위팔뼈(상완골, Humerus)						
✤ 몸쪽 끝(근위부, Proximal, Neck)	S42.2	5	7	8	10	13
✤ 몸통(몸통, Shaft)	S42.3	9	10	11	12	15
✤ 먼쪽 끝(원위단, Lower End)	S42.4	8	9	10	11	15
아래팔(전완, Forearm)						
✤ 팔꿈치머리(주두, Olecranon)	S52.8	6	7	8	9	11
✤ 갈고리돌기(구상돌기, Coronoid Process)	S52.0	4	5	6	8	10
✤ 노뼈머리 및 목(요골두 및 경부, Radial Head & Neck)	S52.1	4	5	6	10	12

상 병 명	상병번호	고정기간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
✤ 자뼈 몸통(척골 간부, Shaft of Ulna)	S52.2	7	9	10	12	13
✤ 노뼈 몸통(요골 간부, Shaft of Radius)	S52.3	8	9	10	12	14
✤ 노뼈및자뼈몸통(요골및척골간부, Shaft of Radius & Ulna)	S52.4	10	12	14	15	19
✤ 노뼈 아래끝(요골 하단, Lower End of Radius)	S52.5	6	7	8	8	10
✤ 노뼈, 자뼈아래끝(Lower End of Radius & Ulna)	S52.6	8	9	10	12	14
✤ 자뼈 붓돌기(척골 경상 돌기, Ulna Styloid)	S52.8	3	4	5	5	8
손목 및 손(완관절 및 수부, Wrist & Hand)						
✤ 손배뼈(주상골, Scaphoid)	S62.0	10	12	14	14	16
✤ 반달뼈(월상골, Lunate)	S62.1	4	6	7	7	8
✤ 기타 손목뼈(수근골, Other Carpal Bone)	S62.1	4	6	7	7	8
✤ 손허리뼈(중수골, Metacarpal)	S62.3	5	6	7	8	10
✤ 손가락 뼈(Phalanx)	S62.6	4	5	6	6	8
✤ 망치손가락(추지, Mallet finger)	S62.5	5	6	7	8	10
넙다리뼈(대퇴골, Femur)						
✤ 넙다리뼈목(Neck)	S72.0					
- 관절 안(Intra-articular)		12	14	16	24	36
- 관절 밖(Extra-articular)		10	12	14	24	28
✤ 돌기사이(전자간, Trochanteric)	S72.1	8	10	12	14	18
✤ 큰 돌기(대전자, Greater Trochanter)	S72.8	3	4	5	8	12
✤ 작은 돌기(소전자, Lesser Trochanter)	S72.2	5	6	7	10	14
✤ 위 1/3 몸통(Upper Third Shaft)	S72.3	12	14	16	18	22
✤ 중간 1/3 몸통(Middle Third Shaft)	S72.3	12	14	16	18	24
✤ 아래 1/3 몸통(Lower Third Shaft)	S72.4	12	14	16	18	22
✤ 관절융기 골절(무릎관절 포함) (Condyles involving Knee Joint)	S72.4	8	10	12	18	24
무릎뼈(슬개골, Patella)	S82.0	6	8	10	10	20

상 병 명	상 병 번 호	고 정 기 간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
정강뼈 및 종아리뼈(경골 및 비골, Tibia & Fibula)						
✤ 안쪽, 가쪽 관절융기(경골, 상단부,Med. & Lat. Condyle)	S82.1	8	10	12	12	20
- 정강뼈 거친면(결절, Tibial Tuberosity)	S82.1	4	5	6	10	20
- 정강뼈 가시(극, Tibial Spine)	S82.1	5	6	7	10	20
✤ 정강뼈몸통(경골 간부, Tibial Shaft)	S82.2	12	14	16	18	24
✤ 정강뼈(Pylon)	S82.3	10	12	14	18	24
✤ 안쪽복사(내측과, Med. Malleolus)	S82.5	4	6	8	10	16
✤ 가쪽복사(외측과, Lat. Malleolus)	S82.6	4	6	8	10	16
✤ 양쪽복사, 세복사(Bimalleolar & Trimalleolar)	S82.8	6	8	10	12	16
✤ 종아리뼈(비골, Fibular)	S82.4	4	6	8	8	10
발목관절과 발(족관절 및 족부, Ankle & Foot)						
✤ 발꿈치뼈(종골, Calcaneus)	S92.0	6	7	8	12	16
✤ 목말뼈(Talus)	S92.1					
- 목말뼈목(Neck)		6	7	8	12	16
- 목말뼈몸통(Body)		6	8	10	12	16
- 가쪽, 뒤쪽돌기(외측, 후방돌기, Lat., Post. Process)		6	7	8	10	16
✤ 기타 발목뼈(Other Tarsal Bone)	S92.2	6	7	8	10	14
✤ 발허리뼈(중족골, Metatarsal)	S92.3	3	4	5	8	12
✤ 발가락뼈(족지골, Phalanx)	S92.5	3	4	6	8	12
✤ 종자뼈(Sesamoid)	S92.9	3	3	4	8	10
척주(Spine)						
✤ 목뼈(경추, Cervical)						
- 제1목뼈(고리뼈)	S12.0					
- 제2목뼈(중쇠뼈)	S12.1					
- 제3~7경추	S12.2					
✤ 등뼈(흉추, Thoracic)	S22.0					

상　　병　　명	상 병 번 호	고 정 기 간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
✤ 허리뼈(요추, Lumbar)	S32.0					
· 목뼈, 등뼈, 허리뼈(Cervical, Thoracciclumbar Spine)						
- 치아돌기(치상돌기, Odontoid Process)		6	10	12	16	20
- 중쇠뼈고리(축추궁, Axis Arch)		6	10	12	16	20
- 몸통(추체, Body) : 압박(Compression)		8	12	14	20	29
분쇄(Comminution)		12	14	16	24	32
조각(절편, Chip)		4	6	8	10	12
- 고리뿌리(척추경, Pedicle)		8	10	12	20	28
- 고리판(추궁판, Lamina)		8	10	12	16	20
- 가시돌기(극돌기, Spinous Process)		4	6	8	10	12
- 가로돌기(Transverse Process) : 목뼈(경추부)		6	8	20	12	16
허리뼈(요추부)		4	6	8	10	12
✤ 엉치뼈(천추, Sacrum)	S32.1	4	6	8	10	20
✤ 꼬리뼈(미추골, Coccyx)	S32.2	3	4	5	6	10
골반(Pelvis)						
✤ 엉덩뼈(장골, Ilium)	S32.3	6	7	8	10	11
✤ 두덩뼈(Pubis)	S32.5	6	7	8	10	11
✤ 궁둥뼈(Ischium)	S32.8	6	7	8	10	11
✤ 두덩환(골반환, Pelvic ring)	S32.8	11	12	14	20	24
✤ 절구(관골구) (Acetabulum)	S32.4	12	13	14	18	24
✤ 위앞, 아래앞, 엉덩뼈가시떼임 (전상, 전하 장골극, ASIS, AIIS Avulsion)	S32.3	3	4	5	6	8
가슴(Chest)						
✤ 갈비뼈(늑골, Rib)	S22.3	4	5	6	7	8
✤ 복장뼈(흉골, Sternum)	S22.2	4	5	6	7	8

상 병 명	상병번호	고정기간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
탈구(DISLOCATION)						
어깨관절(견관절, Shoulder)	S43.0	4	6	8	10	12
복장빗장관절(흉쇄골 관절, Sternoclavicular Joint)	S43.2	3	6	8	10	12
봉우리빗장관절(견봉 쇄골 관절, Acromioclavicular Joint)	S43.1	3	6	8	12	14
팔꿉관절(주관절, Elbow)	S53.1	4	5	6	8	12
노뼈머리(요골두, Radial Head)	S53.0	4	5	6	8	12
먼쪽 노자관절(원위 요척골 관절, Distal Radioulnar Joint)	S63.0	4	5	6	10	12
반달뼈(월상골, Lunate)	S63.0	6	8	10	13	15
손허리손가락관절(수지, Finger, M-P, I-P)	S63.1	3	4	5	5	6
손가락뼈사이관절(무지, Thumb, M-P, I-P)	S63.1	6	7	8	9	10
엉덩관절(Hip)	S73.0	6	7	8	13	20
무릎관절(슬관절, Knee)	S83.1	6	8	10	15	30
무릎뼈(슬개골, Patella)	S83.0	4	6	8	10	20
몸쪽정강종아리관절(근위경비관절, Proximal Tibiofibular Joint)	S83.1	4	6	8	10	12
먼쪽정강종아리관절(원위 경비 관절, Distal Tibiofibular Joint)	S93.0	4	6	8	10	16
발목관절(족관절, Ankle joint)	S93.0	4	6	8	12	16
발목뼈관절 및 발목발허리관절(Tarsal & T-M Joint)	S93.3	4	5	6	8	12
발허리발가락관절 및 발가락뼈사이관절(M-P & I-P Joint)	S93.1	3	4	5	8	12
목뼈(경추, Cervical Spine)	S13.1	8	10	12	18	24
등뼈(흉추, Thoracic Spine)	S23.1	8	10	21	18	24
허리뼈(요추, Lumbar Spine)	S33.1	8	10	21	18	24
엉치꼬리뼈(천 미추, Sacrococcygeal spine)	S33.2	3	4	6	8	10
두덩결합분리(치골간 분리, Separation of Symphysis pubis)	S33.4	4	8	10	12	15
엉치엉덩관절(천장 관절, Sepration of Sacroiliac Joint)	S33.2	6	8	10	12	16

상　병　명	상병 번호	고정기간			종결	재취업
		경도	중등도	고도		
절단(AMPUTATION)						
엉덩관절 절단(고관절, Hip)	S78.0	6	7	8	12	8(개월)
무릎위 절단(A-K)	S78.1	5	6	7	10	6(개월)
무릎관절 절단(Knee)	S88.0	5	6	7	8	6(")
무릎밑 절단(B-K)	S88.1	4	5	6	8	5(")
무릎발 절단(Foot)	S98.0	6	7	8	9	5(")
발가락뼈 절단(Toe)	S98.1	3	4	5	6	2(")
어깨관절 절단(Shoulder)	S48.0	6	7	8	10	8(")
팔꿉위 절단(A-E)	S48.1	5	6	7	9	6(")
팔꿉밑 절단(B-E)	S58.1	4	5	6	8	5(")
손 절단(Hand)	S68.9	4	5	6	7	5(")
손가락 절단(Finger)	S68.1	3	4	5	6	2(")
외상성 말초신경 파열						
위팔신경얼기(상완신경총)	S14.3	10	12	14	16	24
노신경(요골신경)	S54.2	4	6	8	10	12
정중신경	S54.1	4	6	8	14	16
자신경(척골신경)	S54.0	4	6	8	8	10
허리엉치신경얼기(요천추신경총)	S34.4	10	12	14	16	20
넙다리신경(대퇴신경)	S74.1	6	8	10	16	20
궁둥신경(좌골신경)	S74.0	6	8	10	16	20
종아리신경(비골신경)	S84.1	4	6	8	10	12
팔꿉밑(B-E)	S54.0	4	5	6	8	5(")
손(Hand)	S64.9	4	5	6	7	5(")
손가락(Finger)	S64.4	3	4	5	6	2(")

2. 신경외과(神經外科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
머리뼈 (Cranium)	1. 머리덮개손상(두피손상, scalp injury)		
	1) 타박상(contusion)	S00.0	2
	2) 찢긴 상처(열상, laceration)	S01.0	2
	3) 찔린 상처(자창, stab wound)	S01.0	2
	4) 떼임상처(박탈창, avulsion wound)	S08.0	
	(1) 머리덮개의 괴사(necrosis), 결손(defect) 가능성이 없는 경증		2
	(2) 머리덮개의 괴사(necrosis), 결손(defect) 가능성이 있는 경증		4
	5) 머리덮개널힘줄밑혈종(두피하혈종, subgaleal hematoma)	S01.0	2
	2. 머리뼈(두개골)손상		
	1) 줄모양 골절(선상골절, linear Fx.)	S02.9	4
	2) 머리뼈바닥 골절(두개저골절, basal skull Fx.)	S02.1	
	(1) 단순, 뇌척수액귓물 및 콧물 (simple, &/or CSF otorrhea, rhinorrhea)	S02.1	4
	(2) 공기뇌증(기뇌증)을 동반 (associated with pneumocephalus)	S02.1	5
	(3) 뇌신경마비 동반(associated with cranial n. palsy)		
	가) 경증(mild)		6
	나) 중증(severe)		8
	3) 함몰골절(depressed Fx.)		
	(1) 머리뼈 속 손상없음, 수술불필요(no intracranial injury, no necessity of op.)	S02.9	4
	(2) 경증의 머리뼈 속 손상동반, 수술 필요 (assoc, with mild intracranial injury, require op.)	S02.9	6
	(3) 중증의 머리뼈 속 손상동반, 수술 필요(assoc, with severe intracranial injury, require op.)	S02.9	8
	4) 복잡분쇄함몰골절(depressed compound communited Fx.)		
	(1) 머리뼈 속 손상없음, 수술필요(without intracranial injury, require op.)	S02.9	6
	(2) 머리뼈 속 손상동반, 수술필요(with intracranial injury, require op.)	S02.9	10

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
머리뼈 (Cranium)	3. 뇌손상(brain injury)		
	1) 뇌진탕(cerebral concussion)	S06.0	2
	2) 뇌타박상(뇌좌상, cerebral contusion)	S06.2	
	(1) 경증(mild) : 경미한 뇌손상 및 의식장애(기면상태)	S06.2	6
	(2) 중등증(moderate) : 중등도의 뇌손상 및 의식장해(기면상태 이상)	S06.2	12
	(3) 중증(severe) : 중증의 뇌손상 및 의식장해(혼수상태)	S06.2	20
	4. 머리뼈 속 혈종(intracranial hematoma)		
	1) 경질막 위 혈종(epidural H.)		
	(1) 경증, 의식명료, 수술불필요(mild, alert m/s, no necessity of op.)	S06.4	6
	(2) 중증, 의식기면이상, 수술필요(severe, deteriorated m/s, require op.)	S06.4	8
	2) 급성경질막밑 혈종(acute subdural H.)		
	(1) 경증, 의식명료, 수술불필요(mild, alert m/s, no necessity of op.)	S06.5	6
	(2) 중증, 의식기면이상, 수술필요(severe, deteriorated m/s, require op.)	S06.5	8
	3) 만성경질막밑 혈종(chronic subdural H.)	S06.5	6
	4) 뇌실질내 혈종(intracerabral H.)	S06.8	8
	5) 외상거미막밑(지주막하)출혈(traumatic subarachnoid hemorrhage)		
	(1) 의식명료(alert m/s)	S06.6	4
	(2) 의식기면 이상(deteriorated m/s)	S06.6	6
	5. 기타(others)		
	1) 경질막밑 물주머니(subdural hygroma)	S06.1	4
	2) 머리뼈 속 이물(intracranial foreign body)	S06.8	8

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
척 수 (Spinal cord)	1. 척수손상(cord injury and paralysis)		
	척추골절동반한 척수손상(with spine Fx.)	T08	
	척수골절 없는 척수손상	T09.3	
	1) 불완전마비, 경증(mild, partial)		14
	2) 불완전마비, 중증(severe, partial)		32
	3) 완전마비, 호전 없음(total, no improvement)		32
	2. 말총손상(마미손상, cauda equina injury)	S34.3	
	*1. 척수손상에 준함.		
등(배부) (Back)	1. 삠(염좌, strain)	T09.2	3
	2. 근육 혹은 인대파열(muscle or ligamentous repture)의 경우	T09.2	4
	3. 타박상(좌상, contusion)	S30.0	3
	4. 척추원반탈출(추간반손상, herniation of intervertebral disc)		
	* 외상에 의한 급성탈출증의 객관적 소견이 확실한 경우에 국한함		
	1) 목뼈원반탈출증(경추간반탈출증, cervical intervertebral disc injury)	M50.2	6
	2) 허리뼈원반탈출증(요추간반탈출증, lumbar intervertebral disc injury)	M51.2	6
척 추 (Spine)	1. 골절(Sine Fracture), 척수손상없는 경우		
	1) 목뼈(경추부, Cervical Spine)	S12.9	
	치아돌기골절(Codontoid proc. Fx.)	S12.1	10
	중쇠뼈고리골절(축추궁골절, Axis arch Fx.)	S12.1	10
	척추뼈몸통압박골절(추체압박골절, compression of body)	S12.9	12
	척추뼈몸통조각골절(chip Fx. of body)	S12.9	8
	척추뼈몸통분쇄골절(comminution, body)	S12.9	1
	가로돌기골절(횡돌기골절, transverse proc. Fx.)	S12.9	4-6
	가시돌기골절(가시돌기골절, spinous proc. Fx.)	S12.9	4-6
	고리판골절(추궁경골절, lamina Fx.)	S12.9	8

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
	고리뿌리골절(척추경골절, pedicle)	S12.9	8
	어긋남(탈구, dislocation) 한쪽(unilateral)	S13.1	8
	양쪽(bilateral)	S13.1	12
	2) 등뼈허리뼈(흉요추부, Thoracic, Lumbar Spine)		
	몸통압박골절(compression of body)		12
	몸통조각골절(chip Fx of body)	S22.9	4
	몸통분쇄골절(comminution body)	S22.1	14
	가로돌기골절(transverse proc. Fx.)	S22.1	4-6
	가시돌기골절(spinous proc. Fx.)	S22.1	4-6
	고리판골절(lamina Fx.)	S22.1	10
	고리뿌리골절(pedicle)	S22.9	12
	어긋남(dislocation)	S23.1	12
	3) 허리엉치뼈(흉천추부, Lumbosacral region)		
	척추앞전위증, 외상성(traumatic spondylolisthesis)	S33.1	12
	4) 엉치꼬리뼈(천미추부, Sacrococcygeal)		
	엉치뼈골절(Fx. of sacrum)	S32.1	5
	꼬리뼈골절(Fx. of coccyx)	S32.2	3
	엉치꼬리관절 어긋남(dislocation of sacrococcygeal jt.)	S33.2	3

신경계 상해진단서 작성 지침

중추신경계 외상의 특징은 외상자체 외에 외상 후에 나타나는 신경조직의 부종, 출혈, 감염 등에 따라 증상이 크게 달라질 수 있다는 점이다. 따라서 외상 후 어느 정도 시간이 경과되어야 치료기간을 추정할 수 있으며 최초진단이 내려진 후에도 병명이 추가되고 치료기간이 연장될 수 있다.

또 이 때문에 외국에서도 신체 타 부위와는 달리 중추신경계 외상의 치료기간은 범위만 제시되어 있을 뿐 명확하게 묘사하지 못하고 있는 것이다. 따라서 본 지침은 일반적 원칙에 불과하며 때에 따라서는 의사의 판단에 따라 본 지침의 치료기간과는 다를 수 있다.

이 지침에서 말하는 치료기간은 그 이상의 치료를 해도 더 회복되지 않는 상태까지 치료하는 기간 즉 치료종결기간을 말하는 것이며 후유증이나 장해까지 완치시키는 기간은 아니다. 따라서 치료기간이 경과된 후에도 장해까지 완치시키는 기간은 아니다. 따라서 치료기간이 경과된 후에도 어떤 장해가 남을 때가 많다.

본 지침에는 합병증이 없는 것만 기재하였으며 감염이나 기타 합병증이 병발했을 때는 치료기간은 연장될 수 있다.

※ 주 : 1. 치료기간은 중추신경계의 경우에는 치료종결기간으로 하고, 척추골절의 경우에는 고정기간으로 결정한다.

2. 두 가지 이상에 해당되면 치료기간은 긴 쪽을 적용함.

예) 머리뼈함몰골절(중증두개내 손상, 수술요)과 뇌타박상(중증)이 있을 경우 치료기간은 12주로 한다.

3. 외과(外科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
배(복부) (Abdominal wall)	1. 개복술을 요하지 않는 배벽·타박상(둔상, contusion)	S30.1	1-3
	2. 배벽, 허리 및 등의 열린 상처(open wound)	S31.1	
	1) 피부밑 열린 상처(subcutaneous)		2
	2) 근육 열린 상처(muscle)		
	- 부분 파열		3
	- 완전 파열이나 전신 또는 척수 마취하 수술시		4
	3. 개복술을 요하는 관통상처(배벽관통상처) (penetrating wound)		4
간 (Liver)	1. 경미한 간찢긴 상처(개복술시) (liver laceration)	S36.1	4
	2. 간실질 봉합 및 지혈을 요하는 간 찢긴상처		5-6
	3. 간부분 절제술(partial resection)		6-8
	4. 간엽 절제술(Lobectomy)		6-12
	5. 간내 혈종(intrahepatic hematoma)		4-6
위 (Stomach)	1. 장막 찢긴 상처(개복시)	S36.3	4
	2. 위벽혈종		4
	3. 단순 봉합을 요하는 위천공(simple closure for stomach perforation)		4
	4. 위부분절제를 요하거나 심한 복막염 동반시(partioal gastrectomy)		6
샘창자 (십이지장) (Duodenum)	1. 단순 봉합을 요하는 샘창자 천공(simple closure for duodenal perforation)	S36.4	4
	2. 샘창자 폐쇄를 동반한 혈종(duodenal obstruction)		6
	3. 위부분절제 및 연결술을 요하는 샘창자 천공(partial gastrectomy or gastrojejunostomy for duod. perf.)		6-8
	4. 이자샘창자 절제술(pancreatico-duodenectomy)		8-12
작은창자 (소장) (Small intestine)	1. 혈종 및 장막 찢긴 상처(mesenteric laceration)	S36.4	4
	2. 단순천공(simple perforation)		4
	3. 작은 창자 부분 절제술(partial resection)		4
	4. 다발 천공, 오염이 심한 복막염, 심한 창자사이막 손상 동반시		
	- 소장 절제술(50% 이상 - 80% 이하)		6
	- 소장 절제술(80% 이상)		8주이상
큰창자 (대장) (large intestine)	1. 창자사이막 파열(mesenteric rupture)	S36.5	4
	2. 단순봉합술을 요하는 큰창자 천공(perforation)		4-6
	3. 잘룩창자창냄술(colostomy)		8

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
	4. 큰창자부분 절제술(partial resection)		5
	5. 잘룩창자(결장) 반 절제술(hemicolectomy)		5
	6. 잘룩창자창냄술 복원술(colostomy repair)		5
지라(비장) (Spleen)	1. 지라 파열 봉합술 및 지라부분 절제 (spleen rupture)	S36.0	4
	2. 지라 적출술(출혈시 쇼크 동반된 경우 4주) (splenectomy)		6
이자(췌장) (Pancreas)	1. 타박상에 의한 혈종(hematoma)	S36.2	5
	2. 배출만 요하는 이자 손상(drainage)		6
	3. 이자 부분절제(partial resection)		8
	4. 이자샘창자 절제술(pancreatico-duodenectomy)		8-12
항 문 (Anus)	1. 조임근(괄약근) 손상이 있는 항문 및 샅(회음부) 손상(sphincter with injury c anus or perineal injury)	S39.9	8-12
	2 조임근 손상이 없는 항문 및 샅 손상(sphincter withoutinjury s anus or perineal injury)		6
쓸개계통 (담도) (Biliary system)	1. 쓸개(담낭) 절제술(cholecystectomy)	S36.1	4
	2. 쓸개관 손상에 의한 쓸개관, 재건술식 혹은 T관 삽관술 (Bile duct reconstruction or T-tube drainage)		8-12
목 (Neck)	1. 단순 피부밑 찢긴 상처(subcutaneous laceration)	S11.9	3
배막뒤공간 (Retroperitoneum)	1. 혈종(hematoma)	S36.8	4-6
진단 개복	1. 진단개복술, 탐색개복술 (diagnostic or exploratory laparotomy)	S36.2	3
화 상 (Burn)	1도(1st degree)	T30.1	2
	2도 - 표재성(얕은, superficial 2nd degree)	T30.2	2
	- 심부성(깊은, deep 2nd degree)		3
	3도(증상에 따라 증가 가능)	T30.3	4
상처감염 (wound infection)	1. 경미한 상처감염(mild)	T79.3	2
	2. 상처 파열(wound disruption)		3
	3. 창자이탈을 동반한 파열 혹은 심한 상처감염 (intestinal herniation)		4
복강내농양	복강내 농양(배막안 고름집, intraperitoneal abscess)	K65.0	4

4. 흉부외과(胸部外科)

(기간단위 : 주)

부위	상 병 명	상병 번호	참고 사항	고정 사항	치료 종결	재취업
A	갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절 (늑골 흉골 후두 및 기관의 골절, Fracture of rib, sternum and thoracic spine)	S22				
	갈비뼈 골절					
	- 단순(simple)	S22.3		4	6	7
	- 분쇄 또는 다발(communited or multiple)	S22.4		6	6	8
	복장뼈의 폐쇄 골절(Sternum, closed)	S22.2		4	6	8
	복장뼈의 개방 골절(Sternum, open)	S22.2	수술	4	6	8
	동요가슴(Flail chest)	S22.5		6	8	12
	후두 및 기관의 폐쇄 골절 (Larynx and trachea, closed)	S12.8		3	6	8
	후두 및 기관의 개방 골절(thoracotomy 시) (Larynx and trachea, open)	S12.8	수술	6	8	12
B	외상 공기가슴증 및 혈액가슴증 (외상성 기흉 및 혈흉) (Traumatic pneumothorax and haemothorax)	S27				
	가슴안에 개방창이 없는 공기가슴증(기흉) (Pneumothorax without open wound into thoracic cavity)	S27.00	4	5	8	
	가슴안에 개방창이 동반된 공기가슴증 (Pneumothorax with open wound into thoracic cavity)	S27.01	개흉술	6	8	10
	가슴안에 개방창이 없는 혈액가슴증(혈흉) (Haemothorax without open wound into thoracic cavity)	S27.10		4	5	8
	가슴안에 개방창이 동반된 혈액가슴증 (Haemothorax with open wound into thoratic cavity)	S27.11	개흉술	6	8	10

부위	상 병 명	상병번호	참고사항	고정사항	치료종결	재취업
	가슴안에 개방창이 없는 공기혈액가슴증 (Pneumohaemothorax with open wound into thoracic cavity)	S27.20		4	5	8
	가슴안에 개방창이 있는 공기혈액가슴증 (Pneumohemothorax with open wound into thoracic cavity)	S27.21	개흉술	6	8	10
C	심장의 손상(Injury to heart)	S26.9				
	폐의 손상(Injury to lung)	S27.3				
	가슴안에 개방창이 없는 심장 손상 (Injury of heart wihout open wound into thoracic cavity)	S26.90	수술	4	5	8
	가슴안에 개방창이 있는 심장 손상 (Injury of heart with open wound into thoracic cavity)	S26.91	수술	6	8	10
	가슴안에 개방창이 없는 폐 손상 (Injury of lung without open wound into thoracic cavity)	S27.30	수술	4	5	8
	가슴안에 개방창이 있는 폐 손상 (Injury of lung with open wound into thoracic cavity)	S27.31	폐절제	12	18	24
D	기타 가로막, 세로칸, 식도, 가슴안 장기의 손상 (Injury of other intrathoracic organs, diaphragm, mediastinum, esophagus)	S27.8				
	가슴안에 개방창이 없는 가로막 손상 (Injury of diaphragm without open wound into thoracic cavity)	S27.80	수술	6	8	12
	가슴안에 개방창이 있는 가로막 손상 (Injury of diaphragm with open wound into thoracic cavity)	S27.81	수술	6	8	12
	가슴안에 개방창이 없는 명시된 세로칸 손상 (Injury of Mediastinum without open wound into thracic cavity)	S27.80		4	6	8

부위	상 병 명	상병번호	참고사항	고정사항	치료종결	재취업
	가슴안에 개방창이 있는 세로칸 손상 (Injury of Mediastinum with open wound into thracic cavity)	S27.81		6	8	12
	가슴안에 개방창이 없는 다발 및 상세불명의 가슴안 손상, 식도 (Multiple and unspecified intrathoracic organs without mention of open wound cavity, Esophagus)	S27.70		6	6	12
	개방창이 있는 다발 및 상세불명의 가슴안 손상, 식도 (Multiple and unspecified intrathoracic organs with open wound cavity, Esophagus)	S27.71	수술	12	18	24
E	가슴벽의 개방창 (Open wound of chest(wall)	S21				
	합병증이 없는 가슴벽의 개방창 (Open wound of chest(wall), without complication)	S21.9	수술	3	4	5
	등뼈 삠 (Sprain of Thoracic spine)	S23.3		2	3	3
	갈비뼈 삠 (Sprain of Ribs)	S23.4		2	3	3
	복장뼈 삠 (Sprain of Sternum)	S23.4		2	3	3
	가슴벽의 타박상 (Chest wall)	S20.2		2	2	2
F	가슴벽 혈관의 손상 (Injury to blood vessels of thorax)	S25				
	가슴 대동맥의 손상 (Thoracic aorta)	S25.0	수술	12	18	24
	· 팔머리동맥 및 빗장뼈밑(쇄골하) 동맥 손상 · 겨드랑동맥의 손상 (Brachiocephalic trunk, Subclavian & Axillary arteries)	S25.1 S45.0	수술 수술	12 12	18 18	24 24

부위	상 병 명	상병번호	참고사항	고정사항	치료종결	재취업
	위대정맥의 손상 (Superior vena cava)	S25.2	수술	12	18	24
	팔머리정맥 및 빗장뼈밑 정맥, 겨드랑정맥의 손상 (Brachiocephalic trunk, Subclavian & Axillary veins)	S25.3	수술	12	18	24
	폐혈관의 손상 (Pulmonary blood vessel)	S25.4	수술	12	18	24
	기타 다른 가슴안 혈관의 손상 (Other)	S25.8	수술	6	8	12
	가슴림프관 손상 (Thoracic duct injury)	S25.9	수술	6	8	12
	넙다리동맥의 손상(합병증이 없는) Femoral arteries without complication	S75.0		4	5	8
	오금동맥의 손상(합병증이 없는) Popliteal arteries without complication	S85.0		4	5	8
	넙다리정맥의 손상(합병증이 없는) Femoral veins without complication	S75.1		4	5	8
	오금정맥의 손상(합병증이 없는) Popliteal veins without complication	S85.5		4	5	8

5. 비뇨기과(泌尿器科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
콩 팥 (신장)	콩팥 손상(renal injury) 1) 콩팥타박상(renal contusion) 2) 콩팥파열 혹은 찢긴상처(경증 : renal rupture or laceration) 3) 콩팥파열 혹은 찢긴상처(중등도 이상) 4) 콩팥파열 혹은 찢긴상처(후유증으로 요관협착, 콩팥위축 등 동반)	S37.0	 2 3 4 4
요 관	요관손상(ureteral injury) 1) 요관 절단(ureteral severance or transection) 2) 요관 주위혈종(periureteral or paraureteral hematoma) 3) 요관 주위혈종(요관협착 동반시)	S37.1	 4 4 4
방 광	방광 손상(baldder injury) 1) 방광 찢긴상처(미파열) : baldder laceration) 2) 방광 파열(bladder rupture)	S37.2	 3 4
요 도	요도 손상(urethral injury) 1) 막 요도 파열(Membranous urethral rupture) (골반 골절 동반) 2) 망울(팽대부) 요도 파열(Bulbous urethral repture) - 경증 - 두덩뼈위 방광창냄술시 3) 요도 협착을 합병증으로 초래하는 경우	S37.3	 16 4 16 16
음 경	음경 손상(penile injury) 1) 일반적인 음경피부떼임(박리창, penile skin avulsion) 2) 음경피부떼임 및 음낭 피부결손 (penile skin avulsion + loss of scrotal skin) 3) 음경 절단(penile transection)	S39.9 S38.2	 3 8 4
고 환	고환 손상(testicular injury) 1) 고환 타박상(testicular contusion) 2) 고환 타박상(음낭 혈종합병시)(scrotal hematoma) 3) 고환 파열(testicular rupture)	S39.9 S30.2 S30.2 S31.3	 2 3 4
음 낭	1) 일반적인 피부떼임(avulsion of scrotal skin) 2) 음낭피부떼임 및 음낭 피부 결손 (avulsion of scoratal + loss of scrotal skin)	S31.3	3 8

※ 합병증 동반 시 합병에 따른 추가 진단할 수 있다.

6. 안과(眼科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병번호	상 병 명	치료기간	입원기간
앞 방 (Anterior chamber)	앞방 출혈(Hyphema)	H21.0	경증 : 안정가료 중증 : 안정가료 및 앞방 찌름술(paracentesis)	2 4	1 2
수정체 (Lens)	외상 백내장 (Traumatic cataract)	H26.1	수정체 적출술	4	1
	수정체 탈구 (Lens dislocation)	H27.1	수정체 적출술	4	1
유리체 (Vitreous)	유리체 출혈 (Vitreous hemorrhage)	H43.1	경증 : 안정가료 중증 : 유리체 절제술	4 8	1 1
망 막 (Retina)	황반부종(Berlin's edema)	S05.8	약물치료(medication)	4	×
	망막출혈 (retinal hemorrhageh)	H35.6	약물치료(medication)	4	×
	망막박리 (Retinal detachment)	H33.2	단순성 : 공막 돌융술 복합성 : 공막 돌융술+ 유리체 망막수술	4 8	1 2
	망막밑 출혈 (subretinal hemorrhage)	H35.6			
	맥락막 파열 (Choroidal rupture)	H31.3	망막밑 출혈(subretinal) 경증 : 약물치료 중증 : 약물치료 + 유리체 망막수술 약물치료(medication)	4 8 4	1 2
골 절 (Fracture)	눈확골절(안와, Orbital bone Fx)	S02.8	눈확 골절 되맞춤	8	1
	눈확파열골절(blow-out 골절)	S02.8	눈확 골절 되맞춤 수술을 하지 않고 외래 치료만 하는 경우	8 3-4	1
눈꺼풀, 안 검 (Eyelid)	눈꺼풀 찢긴상처 (Eyelid laceration)	S01.1	(경증) 단순봉합 (중증) 눈꺼풀판 봉합술	2 4	
	눈물소관 찢긴상처 (Canaliculus laceration)	S01.1	눈물소관 성형술 (canaliculoplasty)	4	1

부 위	상 병 명	상병번호	상 병 명	치료기간	입원기간
결 막 (Conjunctiva)	결막찢긴상처 (Conjunctival laceration)	S05.3	결막 봉합술	2	
	결막밑출혈 (Subconjunctival hemorrhage)	H11.3	약물치료(medication)	2	
각 막 (Corneal)	각막 찢긴상처 (Corneal laceration)	S05.3	각막 봉합술	4	1
공 막 (sclera)	공막 찢긴상처 (Sclera laceration)	S05.3	공막 봉합술	4	1
	안구 찢긴상처 및 안구조직 돌출(eyeball laceration & intraocular tissue prolapse) 안구의 찢긴상처 및 안구조직의 탈출	S05.2	각·공막 봉합술	6	1
			안구내용 제거술 (Evisceration)	8	1
			눈전적출술 (Enucleation)	8	1
결 막	결막 이물(foreign body)	T15.1	결막 이물 제거술	1	
각 막	각막 이물	T15.0	각막 이물 제거술	1	
공 막	공막 이물	T15.9	공막 이물 제거술	2	
수정체	수정체 이물	S05.5	수정체내 이물 제거술	4	1
유리체	유리체 이물	S05.5	유리체내 이물 제거술	8	2
눈확, 안와	눈확 이물	S05.4	이물 제거술	8	2

7. 이비인후과(耳鼻咽喉科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병 번호	치료 기간
귀 (Ear)	1. 외상 고막천공(Traumatic tympanic membrane perforation)	S09.2	
	- 1/2미만		3
	- 1/2이상(수술인 경우 4주, 4주시 재판정 요망)		4
	2. 귓바퀴 찢긴 상처(이개열상, Laceration of the pinna)	S01.3	1-2
	3. 귀연골골절 및 찢긴상처 (이연골 골절 및 열상, Fx.&laceration of the auricular cartilage)	S01.3	1-2
	4. 외상 귓바퀴혈종(Traumatic auricular hematoma)	S00.4	
	5. 외상 미로염(Traumatic labyrinth disorders)	S09.9	1-2
	6. 외상 전음성 난청(Conductive hearing impairement)	H90.2	4
	- 혈액고실(Hemotympanum)	H74.8	3
	- 이소골파괴(Ossicular chain disruption) 수술치료기간 6주	H74.2	6
	7. 바깥귀타박상(외이좌상, Contusion on the external ear)	S00.4	1-2
	8. 관자뼈(측두골)골절(머리속 손상이 없는) (Fx. of the temporalbone intracranial Cx.)	S02.1	4
	9. 외상 얼굴신경마비(Traumatic facial N. paralysis)	G51.8	
	- Grade I-II		6
	- Grade IV		8
	(단 : 기능회복여부의 재판정 요함)		
코 (Nose)	1. 코뼈 골절(Nasal bone Fx.)	S02.2	
	○ 단순 골절	S02.2	2-3
	○ 분쇄 골절	S02.2	2-3
	2. 코출혈(Nasal bleeding)	R04.0	1
	3. 얼굴타박상(Contusion on the face)	S00.8	1-2
	4. 얼굴찢긴상처(Facial laceration)	S01.8	1-2
	5. 코연골 골절(Fx. of the nasal cartilage)		
	- 폐쇄(clsosed)	S02.20	2-3
	- 개방(open)	S02.21	2-3
	6. 코중격 골절에 의한 휨증(만곡증)(Sepatal deviation due to septal Fx.)	S02.2	
	- 앞(anterior)		2-3
	- 뒤(posterior)		2-3
	7. 위턱뼈 골절(Fx. of the maxilla)	S02.4	
	- 폐쇄(closed)	S02.40	3-4
	- 개방(open)	S02.41	3-4

부 위	상 병 명	상병번호	치료기간
	8. 아래턱뼈 골절(Fx. of the Mandible)	S02.6	
	- 몸통(body)		4
	- 관절돌기(condyle) - 30세 이전		4
	30세 이후		4-5
	9. 광대뼈(겹골) 골절(Fx. of the Zygoma)		
	- 폐쇄(clsosed)	S02.40	4
	- 개방(open)	S02.41	4
	10. 이마뼈(전두골) 골절(머리속 손상이 없는)(Fx. of the Frontal bone)	S02.1	4
	11. 벌림뼈(사골) 골절(머리속 손상이 없는)(Fx. of the Ethmoidal bone)	S02.1	4
목 (Neck)	1. 목타박상(contusion on the neck)	S10.0	1-2
	2. 목찢긴상처(laceration of the neck)	S11.9	1-2
	3. 목뿔뼈(설골) 골절(x. fo the hyoid bone)		
	- 폐쇄(clsosed)	S12.80	2
	- 개방(open)	S12.81	4
	4. 방패(갑상)연골 골절(Fx. of the thyroid cartilage)		
	- 폐쇄(clsosed)	S12.80	3
	- 개방(open)	S12.81	4-6
	5. 반지(윤상) 연골 골절(Fx. of the cricoid cartilage)		
	- 폐쇄(clsosed)	S12.80	3
	- 개방(open)	S12.81	4-6
	6. 후두 연골 삠(Laryngeal sprain)	S13.4	2
	7. 기관연골 골절(Fx. of the tracheal ring)		
	- 폐쇄(clsosed)	S12.80	3
	- 개방(open)	S12.81	4-6
	8. 외상 식도 파열(Traumatic esopageal perforation)	S27.8	
	- 제1협착 위		2
	- 제1협착 아래		4
	9. 외상 성대 마비(Traumatic vocal cord paralysis)	S146	4
	10. 혀찢긴상처(Laceration of the Tongue)	S01.5	1-2
	11. 혀절단(Amputation of the tongue)	S08.8	3
	12. 물렁 입천장의 찢긴상처(Laceration of the soft palate)	S01.5	2
	13. 단단 입천장의 찢긴상처(Laceration of the hard palate)	S01.5	2

8. 산부인과(産婦人科)

(기간단위 : 주)

부 위	상 병 명	상병번호	참고사항
외음부	처녀막 파열	N89.8	1
	얕은 외음부 찢긴 상처	S31.4	1-2
	찰과상	S30.2	1-2
	외음부 혈종	N90.8	2-3
	큰어귀(바르톨린) 샘의 낭포(cyst of Bartholin's gland)	N75.0	2
질	질벽 파열	S31.4	2-3
	곧창자질사이막 찢긴상처(직장 질 사이막 열상)	S31.8	4
자궁	자궁파열	S37.6	6
	자궁근종	D25.9	4
자궁부속 기관	자궁외 임신	O009	2-4
	양성난소덩어리(양성난소종괴)	N83.2	2-4
골반내	자궁내막증	N80.1	6개월 이상
	골반내 염증	N73.9	2-4
산 과	자연분만	O80.9	6
	제왕절개	O82	6
	태아사망	O36.4	4-6
	절박유산	O20.0	2-4

※ 치료기간 : 완전히 치유될 때까지를 말하며 나이, 합병증, 기타 의학적 상태에 따라 달라질 수 있다.

[부록Ⅱ] 각종 서식

1. 진단서
2. 건강진단서
3. 사망진단서(시체검안서)
4. 출생증명서
5. 사산(사태)증명서

■ 의료법 시행규칙 [별지 제5호의2서식] 〈신설 2012.4.27〉

진 단 서

등록번호
연 번 호

환자의 성명		주민등록번호	
환자의 주소	(전화번호 :)		
질 병 명 [ ] 임상적 추정 [ ] 최 종 진 단	(주상병) (부상병)	한국표준질병 분류번호	
발병 연월일	년 월 일	진단 연월일	년 월 일
치료 내용 / 향후 치료에 대한 소견			
용 도			
비 고			

「의료법」 제17조 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 위와 같이 진단합니다.

년 월 일

의료기관
명칭:

주소:

[ ]의사 [ ]치과의사 [ ]한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

작 성 방 법

1. 환자의 인적사항은 진찰한 의사가 주민등록증, 기간만료 전 여권, 운전면허증, 공무원증, 국공립대학 학생증, 군무원증, 의료보험증, 외국인 등록증 등 국가공인 신분증(환자가 미성년자인 경우에는 주민등록등본 · 초본, 학생증 등으로 대체 가능)과 대조하여 확인하고 서명 또는 날인합니다.
2. "질병명"란에는 "임상적 추정"과 "최종진단" 중 택일하여 [ ]에 체크(√) 표시를 하고, 질병명은 한글로 적되, 영어로 적을 경우에는 한글을 함께 적으며, 한국표준질병 분류번호를 기입합니다.

210㎜×297㎜[백상지 80g/㎡]

건 강 진 단 서

<table>
<tr><td>이 름</td><td></td><td>성 별</td><td></td><td>주 민
번 호</td><td></td><td>연 령</td><td></td></tr>
<tr><td>주 소</td><td colspan="5"></td><td>전화번호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">검 사 내 용</td></tr>
<tr><td rowspan="4">뇨 검 사</td><td>요 당</td><td></td><td rowspan="4">흉부 X-ray
(폐결핵)
NO : 12-3436</td><td colspan="4" rowspan="4">결과 :</td></tr>
<tr><td>요단백</td><td></td></tr>
<tr><td>요잠혈</td><td></td></tr>
<tr><td>요산(PH)</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">매 독
검 사</td><td colspan="2" rowspan="3">□음 성
□양 성</td><td colspan="5">B 형 간 염 검 사</td></tr>
<tr><td colspan="5">항 원 (　　　　) 항 체 (　　　　)</td></tr>
<tr><td colspan="5">□보균자 □면역자 □예방접종필요</td></tr>
<tr><td>소 견 및
조 치</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>비 고</td><td colspan="2"></td><td>용 도</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

위와 같이 진단함

발 행 일 : 2014-03-18

의료기관 :

소 재 지 :

전화번호 :

면허번호 : 의사성명 : (인)

진단서번호:

건 강 진 단 서

사 진

성명 주민등록번호

주소

생년월일 서기 (세) 성별

신 장	cm	호 흡 기	
체 중	kg	소 화 기	
흉 위	cm	신 경	
혈 압	mmHg	순 환 기	
시 력	좌( ) 우( )	피 부	
색 신		비 뇨 기	
척 추		정 신	
안 질		흉 부	
이비인후과		기 생 충	
청 력	좌( ) 우( )	매 독 반 응	
뇨 단 백	□유 □무	기 타 소 견	
뇨 당	□유 □무		

상기와 같이 진단함.

발행일 : 2014-03-18

의 료 기 관 :

주소및 명칭 :

전 화 번 호 :

면허번호 : 의사성명 :

■ 의료법 시행규칙 [별지 제6호서식] 〈개정 2011.4.7〉

사망진단서(시체검안서)

※ [ ]에는 해당되는 곳에 “✔” 표시를 합니다.

병록번호	연 번 호	원본 대조필인

① 성 명				② 성 별	[ ]남 [ ]여
③ 주민등록번호	-	④ 실제생년월일	년 월 일	⑤ 직 업	
⑥ 등록 기준지					
⑦ 주 소					
⑧ 발 병 일 시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)				
⑨ 사 망 일 시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)				
⑩ 사 망 장 소	주소				
	장소	[ ] 주택 [ ]의료기관 [ ] 사회복지시설(양로원, 고아원 등) [ ] 공공시설(학교, 운동장 등) [ ] 도로 [ ] 상업 · 서비스시설(상점, 호텔 등) [ ] 산업장 [ ] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [ ] 병원 이송 중 사망 [ ] 기타( )			
⑪ 사망의 원인 ※(나)(다)(라) 에는 (가)와 직접 의학적 인과관계가 명확한 것만을 적습니다.	(가)	직접 사인		발병부터 사망까지의 기간	
	(나)	(가)의 원인			
	(다)	(나)의 원인			
	(라)	(다)의 원인			
	(가)부터 (라)까지와 관계없는 그 밖의 신체상황				
	수술의사의 주요소견			수술 연월일	년 월 일
	해부의사의 주요소견				
⑫ 사망의 종류	[ ]병사 [ ]외인사 [ ]기타 및 불상				

⑬ 외인사 사항	사고 종류	[ ] 운수(교통) [ ] 중독 [ ] 추락 [ ] 익사 [ ] 화재 [ ] 기타( )		의도성 여 부	[ ] 비의도적 사고 [ ] 자살 [ ] 타살 [ ] 미상
	사고발생 일시	년 월 일 시 분(24시각제에 따름)			
	사고발생 장소	주소			
		장소	[ ] 주택 [ ] 의료기관 [ ] 사회복지시설(양로원, 고아원 등) [ ] 공공시설(학교, 운동장 등) [ ] 도로 [ ] 상업 · 서비스시설(상점, 호텔 등) [ ] 산업장 [ ] 농장(논밭, 축사, 양식장 등) [ ] 기타( )		

위와 같이 진단(검안)함

년 월 일

의료기관 명칭 :

주소 :

의사, 치과의사, 한의사 면허번호 제 호

성 명: (서명 또는 인)

유 의 사 항
사망신고는 1개월 이내에 관할 구청 · 시청 · 읍 · 면 · 동사무소에 신고하여야 하며, 지연신고 및 미신고시 과태료가 부과됩니다.

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]

[별지 제7호서식]

<table>
<tr><th colspan="10">출생증명서</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">출생아의 부모</td><td>부</td><td>성명</td><td></td><td>연령</td><td colspan="2">년 월 일생(만 세)</td><td>직업</td><td></td></tr>
<tr><td>모</td><td>성명</td><td></td><td>연령</td><td colspan="2">년 월 일생(만 세)</td><td>직업</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>산모의 주소</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">출생 장소</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="8">① 자가 ③ 의원 ⑤ 조산원
② 병원 ④ 모자보건센타 ⑥ 기타( )</td></tr>
<tr><td>4</td><td>출생일시</td><td colspan="4">년 월 일 시 분
(24시각제에 따름)</td><td rowspan="2">출생아</td><td>성별</td><td colspan="2">남 · 여 · 불상</td></tr>
<tr><td>5</td><td>임신기간</td><td colspan="4">주</td><td>성명</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">6</td><td rowspan="2">다태(多胎)</td><td rowspan="2">① 2태
② 3태
③ 태</td><td colspan="3">다태아(多胎兒) 출산 중의
이 출생아의 출산 순위</td><td colspan="4">① 제1아 ③ 제3아
② 제2아 ④ 제4아</td></tr>
<tr><td colspan="3">다태아 출산 중의
태아의 상태</td><td colspan="4">출생 인(남 인,여 인)
사산 태(남태, 여태, 불상)</td></tr>
<tr><td>7</td><td>산모의 산아 수</td><td colspan="8">명 중 생존자 명, 사망자 명, 사산자 태</td></tr>
<tr><td>8</td><td colspan="2">출생아의 신체 상황</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">몸무게</td><td colspan="2">□.□□kg</td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="2">출생아의 건강 상황</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="10">위와 같이 증명함

년 월 일

의료기관 주소:
명칭:
면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인)
면허번호 제 호 조산(의사, 한의사, 조산사) 성명 (서명 또는 인)
※ 주의: 출생신고는 1개월 이내에 주소지의 읍 · 면 · 동사무소에 하여야 합니다.</td></tr>
</table>

210㎜×297㎜
신문용지 54g/㎡

[별지 제8호서식]

<table>
<tr><td colspan="9">사산(사태)증명서
No. ______</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">사산아의 부모</td><td>부</td><td>성명</td><td></td><td>연령</td><td>년 월 일생(만 세)</td><td>직업</td><td></td></tr>
<tr><td>모</td><td>성명</td><td></td><td>연령</td><td>년 월 일생(만 세)</td><td>직업</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>사산아 부모의 주소</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">사산 장소</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="7">① 자가 ③ 의원 ⑤ 조산원
② 병원 ④ 모자보건센타 ⑥ (②~⑤의 명칭) ⑦ 기타</td></tr>
<tr><td>4</td><td>사산연월일</td><td colspan="4">년 월 일 시 분</td><td>성별</td><td colspan="2">남 · 여 · 불상</td></tr>
<tr><td>5</td><td>임신기간</td><td colspan="4">주</td><td>혈액 검사</td><td colspan="2">1. 수 2. 불수</td></tr>
<tr><td rowspan="2">6</td><td rowspan="2">다태</td><td rowspan="2" colspan="2">① 쌍태
② 삼태
③ 태</td><td colspan="2">다태 출산 중의 이 출생아의 출산 순위</td><td colspan="3">① 제1아 ③ 제3아
② 제2아 ④ 제4아</td></tr>
<tr><td colspan="2">다태의 출산 중의 태아의 상태</td><td colspan="3">출생 인(남 인, 여 인)
사산 태(남태, 여태, 불상태)</td></tr>
<tr><td>7</td><td>사산의 종류</td><td colspan="7">① 자연사산 ② 인공임신중절 ③ 기계적 ④ 약제적
④ 기타</td></tr>
<tr><td>8</td><td>자연사산의 원인</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>9</td><td colspan="3">인공임신중절을 위한 이유</td><td colspan="5">① 의학적 이유에 의한 것(병명)
② 의학적 이유에 의하지 아니한 것</td></tr>
<tr><td colspan="9">위와 같이 증명합니다.

년 월 일

의료기관 주소:
명칭:
○조산(의사, 한의사, 조산사) 면허번호 제 호 성명 (서명 또는 인)
○조산(의사, 한의사, 조산사) 면허번호 제 호 성명 (서명 또는 인)</td></tr>
</table>

210㎜×297㎜
신문용지 54g/㎡

참고문헌

단행본

김장한, 이윤성. 의료와 법, 제2판. 2006. ePublic.

대한의사협회. 진단서 작성지침. 1996.

대한의사협회. 진단서 작성지침. 2003.

손명세, 이경석, 박동식, 원종욱, 정양국 외 (편). 대한의학회 장애평가기준 - 해설과 사례 연구 - 박영사. 2011.

이윤성. 사망진단서, 이렇게 쓴다. 2003 퍼시픽출판.

American Medical Association, Rondinelli R. Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, 6th ed. AMA. 2007.

Graham MA, Gantner GE. Chapter 4 Certification of Death. In: Froede RC (Ed). Handbook of Forensic Pathology. College of American Pathologists. 1990.

McBride ED. Disability Evaluation and Principles of Treatment of Compensable Injuries. 6th ed. JB Lippincott Co. 1963.

高取健彦, 佐藤喜宣, 大島 徹. 死亡診斷書・死体檢案書記載のてびき. 医歯藥出版株式會社. 1997.

吉田謙一. 事例に學ぶ 法医學・医事法 (第3版). 有斐閣ブックス. 2010

논문

김영태. 허위진단서작성죄의 구성 요건 등에 대한 고찰. 의료법학 2009;10(2): 115-150

김규석 등. 사망진단서(시체검안서) 작성의 문제점. 대한응급의학회지 2000;11(4): 443-449

문현호. 진단서, 처방전과 관련된 최근의 쟁점. 의료법학. 2013;14(2):49-80

박달현. 공무원인 의사가 공무소 명의의 허위진단서를 작성한 경우에 성립하는 죄책. 안암법학. 2012;37:201-235

배현아. 의사의 진단서 작성과 관련된 사회적-법적 책임. Ewha Med J 2013;36(2): 101-111

이윤성. 사망진단서와 상해진단서. 대한가정의학회지. 1996;17(8):602-615

이윤성. 사망진단서의 사망원인 기재 원칙. 대한법의학회지 2005;29(2):218-227

주호노. 진단서 등의 허위 작성. 한국의료법학회지. 2008;16(1):23-36

추호경. 허위진단서작성죄에 관한 해석론적 고찰. 법조. 2003;52(1):5-20

황만성. 허위진단서작성과 진료기록 허위기재의 법적 문제. 법학논총. 2011;28(1):5-33